



Universidade de Aveiro 2011

Maria Manuela
Henriques Pereira
Ferreira

Prevenção do Tabagismo: Um Caminho na
Prestação de Cuidados de Saúde

Maria Manuela Henriques
Pereira Ferreira

Prevenção do Tabagismo: Um Caminho na
Prestação de Cuidados de Saúde



Universidade de Aveiro Secção Autónoma das Ciências da Saúde
2011

**Maria Manuela
Henriques Pereira
Ferreira**

**Prevenção do Tabagismo: Um Caminho na
Prestação de Cuidados de Saúde**



**Maria Manuela
Henriques Pereira
Ferreira**

**Prevenção do Tabagismo: Um Caminho na
Prestação de Cuidados de Saúde**

Tese apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Ciências e Tecnologias da Saúde, realizada sob a orientação científica do Doutor Manuel Teixeira Veríssimo, Professor Auxiliar com Agregação da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e co-orientação científica da Doutora Liliana Xavier Marques de Sousa, Professora Auxiliar com Agregação da Universidade de Aveiro

Apoio financeiro do PROTEC,
Fundação para a Ciência e Tecnologia,
Ministério da Ciência Tecnologia e
Ensino Superior

Dedico este trabalho:

Aos meus pais, pela vida

Às minhas irmãs, pela partilha

Aos meus filhos, pelos sonhos

Ao Vitor Ferreira

o júri

presidente

Prof. [Doutor](#) Vasile Staicu
Professor Catedrático da Universidade de Aveiro

Prof. [Doutor](#) José Manuel Lage Campelo Calheiros
Professor Catedrático Convidado da Universidade da Beira Interior

Prof. Doutor Manuel Teixeira Veríssimo
Professor Auxiliar com Agregação da Faculdade de Medicina da Universidade do Coimbra

Prof. [Doutora](#) Liliana Xavier Marques de Sousa
Professora Auxiliar com Agregação da Universidade de Aveiro

Prof. [Doutor](#) José Alberto Gomes Precioso
Professor Auxiliar do Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho

Prof. [Doutora](#) Maria Manuela Frederico Ferreira Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

agradecimentos

Em primeiro lugar quero expressar o meu profundo reconhecimento aos participantes directos e indirectos que, generosamente se prontificaram a colaborar nestes estudos de investigação, constituindo a matéria-prima dos estudos.

Ao Professor Doutor Manuel Teixeira Veríssimo estou também especialmente grata pela, mais uma vez, oportunidade da sua orientação, pela valia das suas sugestões e pela exigência de ponderação. À Professora Doutora Liliana Sousa, pela oportunidade de orientação. Nos seus saberes se esteou a investigação realizada.

À comunidade educativa da Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis.

À Administração Regional de Saúde do Centro, aos Directores Executivos e elementos dos Conselhos Clínicos dos Agrupamentos os Centros de Saúde aos Coordenadores dos Centros de Saúde, aos Enfermeiros Chefes, aos profissionais de Saúde das Consultas de Cessação Tabágica dos Centros de Saúde, em cujos serviços realizei a colheita de dados, por amavelmente me terem permitido e facilitado as condições, muito especialmente à Enfermeira Angelina Ventura.

Aos Conselhos Executivos das Escolas Secundárias Soares de Basto e Ferreira de Castro e seus professores, muito especialmente às Professoras Elsa Castro e Teresa Valente.

Ao Doutor José António Bonifácio, pela partilha de trabalho e saberes em contexto de consultas de Cessação Tabágica da Universidade de Aveiro.

palavras-chave

prevenção, tabagismo, factores, tratamento, recaída.

resumo

Esta tese é constituída por dois estudos. O estudo de prevenção primária é experimental, ensaio clínico randomizado, cujo programa de intervenção "*Para-Par sem Tabaco*" é baseado na metodologia da formação pelos pares, com o objectivo de avaliar a sua eficácia. A amostra é constituída por 310 estudantes que frequentam o 7º e 8º Anos das Escolas Básicas e Secundárias de Oliveira de Azeméis por amostragem aleatória em conglomerados (turmas). 153 estudantes constituíram o grupo de controlo e 157 o grupo experimental. A observação foi feita antes, no final e passado um ano da intervenção. Foram construídas e validadas três escalas, que apresentaram bons argumentos de fidelidade e validade. Dos resultados ressaltam os benefícios na redução do consumo de cigarros por semana, a perspectiva futura menos associada ao consumo de tabaco; uma evolução na concordância sobre o alto risco face à auto-estima, comportamentos e tabaco; e alguma consistência nas suas percepções sobre o tabaco e as motivações dos fumadores. Verificou-se uma maior eficácia no sexo masculino. Nos dois grupos, com o aumento da idade, aumentou a idade de experimentação tabágica, o número de cigarros consumidos semanalmente e o número de amigos fumadores. No grupo experimental, constata-se que os adolescentes filhos de pais fumadores consomem mais cigarros por semana e têm mais amigos fumadores. O estudo de prevenção secundária e terciária do tabagismo foi efectuado com o objectivo de avaliar a eficácia e identificar os factores que interferem nas consultas de cessação tabágica. Tratando-se de um estudo descritivo-correlacional retrospectivo e de coorte. A amostra (probabilística aleatória – K=4) foi constituída por 395 elementos inscritos na consulta de cessação tabágica de 12 Centros de Saúde do Distrito de Aveiro entre 2004 a 2009 (pesquisa de arquivo). A avaliação foi feita em três momentos: na última consulta, aos três e seis meses de seguimento. Conclui-se que os elementos com mais habilitações académicas, que consomem menos cigarros e com menor grau de dependência tabágica, são os que apresentam maior sucesso na cessação tabágica aos três meses de seguimento. Os sujeitos que referem, na primeira consulta, conseguir reduzir menos cigarros e os que apresentam maior motivação, na primeira consulta, são os que apresentam mais sucesso na cessação tabágica na última consulta e aos três meses de seguimento. Os elementos com mais idade, sem apoio familiar, que apresentam um maior tempo sem fumar, em tentativas anteriores e os que mais utilizaram as consultas, foram os que conseguiram mais sucesso na cessação tabágica aos três e seis meses de seguimento. Os elementos que não fizeram tratamento específico não têm sucesso. Os elementos da amostra obtiveram ganho ponderal com redução nos valores da pressão arterial sistólica e diastólica. Destes estudos foram retiradas algumas linhas orientadoras para a prestação de cuidados de saúde nesta complexa área de intervenção.

Keywords

prevention, smoking, factors, treatment, relapse.

Abstract

This thesis is composed of two studies. The study on primary prevention is an experimental, randomized, clinical study. The associated intervention program "*Par-a-Par sem Tabaco*" (*No smoking in pairs*) is based on the methodology of the formation of pairs, and aims to assess the efficacy of this method. The sample was composed of 310 students attending the 7th and 8th years of secondary schools in Oliveira de Azeméis by random sampling in classes. The control group is made up of 153 students and the experimental group includes 157 students. Observations were made before, at the end of, and one year following the intervention. Three scales were constructed and validated, and were found to be accurate and valid. The results emphasize the benefits of the reduction in the number of cigarettes smoked per week, the future prospect of lower tobacco consumption, progress towards an agreement concerning high risk as regards self esteem, behaviors and tobacco. The method was found to be more efficacious among males. In both groups with the increase of age there was an increase in the age of tobacco experimentation, the number of cigarettes smoked per week and the number of friends who smoke. In the experimental group, it was noticed that the adolescent offspring of parents who are smokers smoke more cigarettes per week and have more friends who are smokers.

The study on secondary and tertiary prevention of smoking was a retrospective, descriptive-correlational cohort study and it aimed to assess the efficacy and also identify factors which interfere in attendance at smoking cessation sessions. The sample (random probability – K=4) consisted of 395 individuals enrolled in outpatient smoking cessation programs in 12 Health Centers of the Central Region of Portugal (Aveiro), between 2004 and 2009 (clinical files were used). Assessment was carried out three times: at the last session, and at three and six months following the last session. It was concluded that people with higher educational levels, who smoked fewer cigarettes and who were less nicotine dependent were most successful at three months of follow up. Those who at the first appointment said they would be able to cut out fewer cigarettes and those who revealed the highest levels of motivation at the first appointment had the highest level of success at three and six months follow up.

The older adults, with poorer family environments, those who said they were able to cut out fewer cigarettes, those who had gone longer without smoking at previous attempts and those who attended the sessions more regularly were the ones who achieved greater success in giving up smoking at 3 and 6 months. Members of the sample who had no specific treatment were not successful. Members of the sample showed significant benefits with reduction of both systolic and diastolic arterial pressure.

From these studies were removed some guidelines for the provision of health care in this complex area of intervention.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças

CO – Monóxido de Carbono

DAI – Decisões Aparentemente Irrelevantes

DGS – Direcção Geral da Saúde

DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

EARA - Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes

EMF – Escala de Motivação do Fumador

EPT - Escala de Percepção do Tabaco

EVA – Efeito de Violação da Abstinência

GT - Glutamil Transferase

HDL – Lipoproteínas de Grande Densidade

IDT – Instituto da Droga e Toxicodependência

LDL – Lipoproteínas de Baixa Densidade

KMO – Kaiser-Meyer-Olkin

Nº - Número

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS- Observatório Português dos Sistemas de Saúde

SOS – Sempre que Necessário

QALY - Qualidade Ajustada por Anos de Vida

LISTA DE QUADROS:

| | | |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Quadro 1 | Motivação para parar de fumar - Teste de <i>Richmond</i> | p. 51 |
| Quadro 2 | Teste de Fagerström de Dependência de Nicotina (FTND) | 52 |
| Quadro 3 | Terapêutica farmacológica indicada para a Cessação Tabágica | 57 |
| Quadro 4 | Correspondência das sessões do “Programa Par-a- Par sem Tabaco” com as dos Programas: “Querer é Poder I” e “Querer é Poder II” | 91 |
| Quadro 5 | Representação dos elementos que compõem um estudo experimental antes e após com grupo controlo | 94 |
| Quadro 6 | Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença segundo a idade | 98 |
| Quadro 7 | Distribuição dos elementos da amostra por grupos e total segundo o sexo | 98 |
| Quadro 8 | Classificação dos valores de Kaiser-Meyer-Olkin segundo o seu significado para a análise factorial | 103 |
| Quadro 9 | Distribuição dos itens da versão inicial (12 itens) da “Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes” pelas respectivas dimensões | 103 |
| Quadro 10 | Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna de alfa de Cronbach da “Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes” – Versão inicial (N= 310) | 104 |
| Quadro 11 | Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna de alfa de Cronbach da “Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes” – Versão final (N= 310) | 105 |
| Quadro 12 | Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de correlação dos itens com o total de cada dimensão da “Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes” e respectivos coeficientes de consistência interna de alfa de Cronbach no momento inicial (N=310) | 106 |
| Quadro 13 | Estatísticas de evolução da homogeneidade dos itens e coeficientes de correlação dos itens com o total de cada dimensão da “Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes” e respectivos coeficientes de consistência interna de alfa de Cronbach no 2º (imediatamente no fim do programa de intervenção) e 3º momento (passado 1 ano do 2º momento) | 106 |
| Quadro 14 | Estrutura factorial da “Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes” – versão final (11 itens) (N = 310) | 107 |
| Quadro 15 | Distribuição dos itens da versão final (11 itens) da “Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes” pelas respectivas dimensões e temáticas | 108 |
| Quadro 16 | Distribuição dos itens da versão inicial (27 itens) da “Escala de Motivação do Fumador” pelas respectivas dimensões/temáticas | 109 |
| Quadro 17 | Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna de alfa de Cronbach da “Escala de Motivação do Fumador” – Versão inicial (N= 310) | 110 |
| Quadro 18 | Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna de alfa de Cronbach da “Escala de Motivação do Fumador” – Versão final (N= 310) | 111 |
| Quadro 19 | Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de correlação dos itens com o total de cada dimensão da “Escala de Motivação do Fumador” e respectivos coeficientes de consistência interna de alfa de Cronbach no momento inicial (N=310) | 112 |
| Quadro 20 | Estatísticas de evolução da homogeneidade dos itens e coeficientes de correlação dos itens com o total de cada dimensão da “Escala de Motivação do Fumador” e respectivos coeficientes de consistência interna de alfa de Cronbach no 2º (imediatamente no fim do programa de intervenção) e 3º momento (passado 1 ano do | 113 |

2º momento)

| | | |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Quadro 21 | Estrutura Factorial da “Escala de Motivação do Fumador” pelas respectivas dimensões e temáticas | 114 |
| Quadro 22 | Distribuição dos itens da versão final (23 itens) da “Escala de Motivação do Fumador” pelas respectivas dimensões/temáticas | 115 |
| Quadro 23 | Distribuição dos itens da versão inicial (34 itens) “Escala de Percepção do Tabaco” pelas respectivas dimensões/temáticas | 116 |
| Quadro 24 | Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna de alfa de Cronbach da “Escala de Percepção do Tabaco” – Versão inicial (N= 282) | 118 |
| Quadro 25 | Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna de alfa de Cronbach da “Escala de Percepção do Tabaco” – Versão final (N= 282) | 119 |
| Quadro 26 | Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de correlação dos itens com o total de cada dimensão da “Escala de Percepção do Tabaco” e respectivos coeficientes de consistência interna de alfa de Cronbach (N=282) | 120 |
| Quadro 27 | Estrutura Factorial da “Escala de Percepção do Tabaco” pelas respectivas dimensões e temáticas | 121 |
| Quadro 28 | Distribuição dos itens da versão final (27 itens) da “Escala de Percepção do Tabaco” pelas respectivas dimensões/temáticas | 123 |
| Quadro 29 | Relação entre os campos e as estratégias de coping (18 dimensões) | 124 |
| Quadro 30 | Estatísticas dos coeficientes de correlação dos itens com o total de cada dimensão da “Escala Toulousiana de Coping” e respectivos coeficientes de consistência interna de alfa de Cronbach (N=282) | 126 |
| Quadro 31 | Estatísticas dos coeficientes de correlação dos itens com o total de dimensão Suporte Social da “Escala Toulousiana de Coping” e respectivos coeficientes de consistência interna de alfa de Cronbach após extracção dos itens 2 e 6 (N=282) | 127 |
| Quadro 32 | Resultados da aplicação do teste de <i>Kolmogorov Smirnov</i> | 129 |
| Quadro 33 | Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença e observações segundo as variáveis experimentação tabágica e hábito tabágico | 132 |
| Quadro 34 | Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença e observações segundo as variáveis experimentação tabágica e hábito tabágico | 132 |
| Quadro 35 | Distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença e relação entre as observações segundo as variáveis experimentação tabágica e hábito tabágico | 133 |
| Quadro 36 | Distribuição dos elementos fumadores segundo o número de cigarros que consomem semanalmente em função das observações e do grupo de pertença | 133 |
| Quadro 37 | Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença e observações segundo a variável número de cigarros consumidos semanalmente | 134 |
| Quadro 38 | Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença e observações segundo a variável idade de experimentação tabágica | 134 |
| Quadro 39 | Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença e observações segundo as variáveis idade de experimentação tabágica e futuro fumador | 135 |
| Quadro 40 | Distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença e relação entre as observações segundo as variáveis idade de experimentação tabágica e futuro fumador | 136 |
| Quadro 41 | Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença e observações segundo a variável futuro fumador | 136 |

| | | |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Quadro 42 | Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença e observações segundo as dimensões da “Escala de Percepção de Risco em Adolescentes” (EARA) | 139 |
| Quadro 43 | Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença e observações segundo as dimensões da “Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes” (EARA) | 139 |
| Quadro 44 | Distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença e relação entre observações segundo as dimensões da “Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes” (EARA) | 140 |
| Quadro 45 | Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença e observações segundo as dimensões da “Escala de Motivação do Fumador” (EMF) | 143 |
| Quadro 46 | Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença e observações segundo as dimensões da “Escala de Motivação do Fumador” (EMF) | 144 |
| Quadro 47 | Distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença e relação entre as observações segundo as dimensões da “Escala de Motivação do Fumador” (EMF) | 145 |
| Quadro 48 | Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença segundo as dimensões da “Escala de Percepção do Tabaco” (EPT) | 146 |
| Quadro 49 | Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença segundo as dimensões da “Escala de Avaliação do Risco em Adolescente” e da “Escala de Motivação do Fumador” em função da “Escala de Percepção do Tabaco” | 150 |
| Quadro 50 | Taxa de experimentação tabágica segundo o sexo, o grupo de pertença e as observações | 152 |
| Quadro 51 | Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença e a experimentação tabágica segundo o sexo | 152 |
| Quadro 52 | Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença segundo as dimensões da “Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes”, a “Escala de Motivação do Fumador” e a “Escala de Percepção do Tabaco” em função do sexo | 153 |
| Quadro 53 | Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença segundo as dimensões da Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes, a Escala de Motivação do Fumador, a Escala de Percepção do Tabaco, as experiências com o tabaco e o número de amigos que fumam, em função da idade | 156 |
| Quadro 54 | Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do número de cigarros consumidos, número de amigos fumadores, Escala de Avaliação de Risco em Adolescentes, Escala de Motivação do Fumador e Escala de Percepção do Tabaco em função da experimentação tabágica pelo adolescente na primeira observação | 158 |
| Quadro 55 | Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do número de cigarros consumidos, número de amigos fumadores, Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes, Escala de Motivação do Fumador e Escala de Percepção do Tabaco em função da experimentação tabágica pelo adolescente na segunda observação | 159 |
| Quadro 56 | Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do número de cigarros consumidos, número de amigos fumadores, Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes, Escala de Motivação do Fumador e Escala de Percepção do Tabaco em função da experimentação tabágica pelo adolescente na terceira observação | 161 |
| Quadro 57 | Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença e a experimentação tabágica segundo as variáveis: o sexo, o consumo de tabaco e a perspectiva futura acerca do consumo de tabaco | 162 |

| | | |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Quadro 58 | Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do número de cigarros consumidos, número de amigos fumadores, Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes, Escala da Motivação do Fumador e Escala de Percepção do Tabaco em função consumo de tabaco pelo adolescente na primeira observação | 164 |
| Quadro 59 | Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do número de cigarros consumidos, número de amigos fumadores, Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes, Escala da Motivação do Fumador e Escala de Percepção do Tabaco em função consumo de tabaco pelo adolescente na segunda observação | 165 |
| Quadro 60 | Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do número de cigarros consumidos, número de amigos fumadores, Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes, Escala da Motivação do Fumador e Escala de Percepção do Tabaco em função consumo de tabaco pelo adolescente na terceira observação | 167 |
| Quadro 61 | Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença e o consumo de tabaco segundo a variável perspectiva futura acerca do consumo de tabaco | 168 |
| Quadro 62 | Distribuição dos pais dos adolescentes do grupo de controlo e experimental segundo o facto de fumarem nas três observações | 168 |
| Quadro 63 | Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do número de cigarros consumidos, número de amigos fumadores, da Escala de Avaliação de Risco em Adolescentes, Escala de Motivação do Fumador e Escala de Percepção do Tabaco em função consumo de tabaco pelos pais na primeira observação | 170 |
| Quadro 64 | Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do número de cigarros consumidos, número de amigos fumadores, da Escala de Avaliação de Risco em Adolescentes, Escala de Motivação do Fumador e Escala de Percepção do Tabaco em função consumo de tabaco pelos pais na segunda observação | 171 |
| Quadro 65 | Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do número de cigarros consumidos, número de amigos fumadores, da Escala de Avaliação de Risco em Adolescentes, Escala de Motivação do Fumador e Escala de Percepção do Tabaco em função consumo de tabaco pelos pais na terceira observação | 172 |
| Quadro 66 | Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença segundo idade, tempo de experimentação tabágica, número de cigarros consumidos, número de amigos fumadores, Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes, Escala de Motivação do Fumador e Escala de Percepção do Tabaco em função da forma como perspectivam a sua situação profissional | 173 |
| Quadro 67 | Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença segundo as dimensões da Escala Toulosiana de Coping | 174 |
| Quadro 68 | Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra no grupo de controlo segundo as dimensões da Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes, da Escala de Motivação do Fumador e a Escala de Percepção do Tabaco em função da Escala Toulosiana de Coping | 178 |
| Quadro 69 | Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra no grupo experimental segundo as dimensões da Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes, a Escala de Motivação do Fumador e a Escala de Percepção do Tabaco em função da Escala Toulosiana de Coping | 179 |
| Quadro 70 | Organigrama da estrutura e funcionamento da intervenção no Tabagismo | 208 |
| Quadro 71 | Resultados da aplicação do teste de Kolmogorov Smirnov | 222 |
| Quadro 72 | Representação da média e desvio padrão da amostra segundo as variáveis laboratoriais e a pressão arterial | 226 |
| Quadro 73 | Representação do sucesso na cessação tabágica em função da idade | 227 |
| Quadro 74 | Representação do sucesso na cessação tabágica em função do sexo dos elementos da amostra | 228 |

| | | |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Quadro 75 | Representação do sucesso na cessação tabágica em função das habilitações académicas | 229 |
| Quadro 76 | Representação do sucesso na cessação tabágica em função do ambiente familiar dos elementos da amostra | 229 |
| Quadro 77 | Representação do sucesso na cessação tabágica em função do número de cigarros que os elementos da amostra conseguiriam reduzir | 230 |
| Quadro 78 | Representação do sucesso na cessação tabágica em função do tempo que os elementos da amostra estiveram sem fumar em tentativas anteriores | 231 |
| Quadro 79 | Representação do sucesso na cessação tabágica em função do grau de motivação para a cessação tabágica | 232 |
| Quadro 80 | Representação do sucesso na cessação tabágica em função do grau de dependência tabágica | 234 |
| Quadro 81 | Representação do sucesso na cessação tabágica em função do número total de consultas de cessação tabágica | 235 |
| Quadro 82 | Representação do sucesso na cessação tabágica aos 3 e 6 meses de seguimento em função do número de cigarros consumidos nas várias consultas | 236 |
| Quadro 83 | Representação do sucesso na cessação tabágica em função do tipo de tratamento farmacológico | 237 |
| Quadro 84 | Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função da observação inicial e final, segundo as variáveis: peso, pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica | 238 |
| Quadro 85 | Representação do número de cigarros que fumam na primeira consulta, do grau de dependência de nicotina e do grau de motivação de Richmond e do número de consultas que frequentaram em função da idade dos elementos da amostra | 239 |
| Quadro 86 | Representação do tipo de tratamento em função da idade dos elementos da amostra | 239 |
| Quadro 87 | Representação do tipo de tratamento em função do sexo dos elementos da amostra | 240 |
| Quadro 88 | Representação do número de cigarros que fumam na primeira consulta, do grau de dependência de nicotina e do grau de motivação de Richmond e do número de consultas que frequentaram em função do sexo dos elementos da amostra | 241 |
| Quadro 89 | Representação do número de cigarros que fumam na primeira consulta, do grau de dependência de nicotina e do grau de motivação de Richmond e do número de consultas que frequentaram em função das habilitações académicas dos elementos da amostra | 241 |
| Quadro 90 | Representação do tipo de tratamento em função das habilitações académicas dos elementos da amostra | 242 |
| Quadro 91 | Representação das habilitações académicas, do número de cigarros que fumam na primeira consulta, do grau de dependência de nicotina e do grau de motivação de Richmond e do número de consultas que frequentaram em função do número de cigarros que os elementos da amostra referem conseguir reduzir na primeira consulta | 243 |

LISTA DE FIGURAS:

| | p. |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Figura 1 | Estratégias de prevenção e controlo do tabagismo 81 |
| Figura 2 | Representação esquemática do Programa “ <i>Par-a-Par sem Tabaco</i> ” junto dos elementos do Grupo Experimental 93 |
| Figura 3 | Representação esquemática das hipóteses de investigação 96 |
| Figura 4 | Representação esquemática das hipóteses de investigação cuja variável central é o sucesso na cessação tabágica (H1-H11) 210 |
| Figura 5 | Representação esquemática dos resultados do teste das hipóteses de investigação 258 |
| Figura 6 | Representação esquemática do resultado do teste da Hipótese 12 - A cessação tabágica influencia os parâmetros biológicos: peso, pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica 260 |
| Figura 7 | Representação esquemática do resultado da análise da relação entre o número de cigarros que fumava na primeira consulta e o número total de consultas de cessação tabágica e o tipo de tratamento farmacológico em função da idade dos elementos da amostra 262 |
| Figura 8 | Representação esquemática do resultado da análise da relação entre o número de cigarros que fumava na primeira consulta, o grau de dependência tabágica em função do sexo dos elementos da amostra 263 |
| Figura 9 | Representação esquemática do resultado da análise da relação entre o número de cigarros que fumava na primeira consulta, o grau de dependência tabágica em função das habilitações académicas dos elementos da amostra 264 |
| Figura 10 | Representação esquemática do resultado da análise da relação entre as habilitações académicas, o número de cigarros que fumava na primeira consulta, o grau de dependência tabágica em função do número de cigarros que os elementos da amostra referem conseguir reduzir, sem grande esforço 265 |

ÍNDICE:

| | p. |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------|
| INTRODUÇÃO | 17 |
| PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO | |
| 1 TABAGISMO | 23 |
| 2 PREVENÇÃO PRIMÁRIA DO TABAGISMO | 27 |
| 2.1 A INICIAÇÃO TABÁGICA | 28 |
| 2.2 BOAS PRÁTICAS NA PREVENÇÃO DO CONSUMO DE TABACO EM MEIO ESCOLAR | 34 |
| 2.2.1 Actividades Curriculares | 35 |
| 2.2.2 Actividades Extra-curriculares | 38 |
| 3 PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DO TABAGISMO | 41 |
| 3.1 INTERVENÇÃO BREVE | 44 |
| 3.2 INTERVENÇÃO DE APOIO INTENSIVO | 47 |
| 4 PREVENÇÃO TERCIÁRIA DO TABAGISMO | 67 |
| 4.1 MODELO DE MARLATT | 67 |
| 4.2 MODELO DE GORSKI- CENAPS® (CENTER FOR APPLIED SCIENCES) | 70 |
| 4.3 PROGRAMA MULTICOMPONENTES DA CONSULTA DE CESSAÇÃO TABÁGICA | 73 |
| PARTE II - JUSTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS | |
| 1 JUSTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS E OBJECTIVOS | 79 |
| PARTE III – INVESTIGAÇÃO EMPIRICA | |
| ESTUDO I - EFEITOS DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO “PAR-A-PAR-SEM TABACO” | 87 |
| 1 METODOLOGIA | 89 |
| 1.1 QUESTÕES E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO E ANÁLISES EXPLORATÓRIAS | 95 |
| 1.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA | 96 |
| 1.3 VARIÁVEIS | 98 |
| 1.4 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS | 101 |
| 1.4.1 Escala de Avaliação de Risco em Adolescentes (EARA) | 103 |
| 1.4.2 Escala de Motivação do Fumador (EMF) | 108 |
| 1.4.3 Escala de Percepção do Tabaco (EPT) | 116 |
| 1.4.4 Escala Toulousiana de Coping (ETC) | 123 |

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----|
| 1.5 | PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS | 127 |
| 1.6 | PRINCÍPIOS ÉTICOS | 128 |
| 1.7 | ANÁLISE DE DADOS | 129 |
| 2 | RESULTADOS | 131 |
| 2.1 | TESTE DAS HIPÓTESES | 131 |
| 2.2 | ANÁLISES EXPLORATÓRIAS | 151 |
| 3 | DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 181 |
| 3.1 | ESTRUTURA DIMENSIONAL DAS ESCALAS | 181 |
| 3.2 | TESTE DAS HIPÓTESES | 184 |
| 3.3 | ANÁLISES EXPLORATÓRIAS | 191 |
| 3.4 | LIMITAÇÕES DO ESTUDO | 200 |
| 4 | CONCLUSÃO | 201 |
| ESTUDO II - “EFICÁCIA DAS CONSULTAS DE CESSAÇÃO TABÁGICA” | | 205 |
| 1 | METODOLOGIA | 207 |
| 1.1 | HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO E ANÁLISES EXPLORATÓRIAS | 208 |
| 1.2 | POPULAÇÃO E AMOSTRA | 211 |
| 1.3 | VARIÁVEIS | 212 |
| 1.4 | INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS | 220 |
| 1.5 | PRINCÍPIOS ÉTICOS | 221 |
| 1.6 | ANÁLISE DE DADOS | 221 |
| 2 | RESULTADOS | 223 |
| 2.1 | CONSUMO DE TABACO | 223 |
| 2.2 | TESTE DAS HIPÓTESES | 227 |
| 2.3 | ANÁLISES EXPLORATÓRIAS | 238 |
| 3 | DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 245 |
| 3.1 | TESTE DAS HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO | 245 |
| 3.2 | ANÁLISES EXPLORATÓRIAS | 261 |
| 3.3 | LIMITAÇÕES DO ESTUDO | 265 |
| 4 | CONCLUSÃO | 267 |
| PARTE IV - CONCLUSÃO | | |
| CONCLUSÃO | | 273 |
| BIBLIOGRAFIA | | 277 |
| ANEXOS | | |
| ANEXO I – AUTORIZAÇÕES DAS INSTITUIÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DOS ESTUDOS E PARA A UTILIZAÇÃO DE ESCALA | | |

ANEXO II – INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS PARA O ESTUDO “EFEITOS DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO “*PAR-A-PAR-SEM TABACO*”

ANEXO III – QUESTIONÁRIO SOBRE HÁBITOS TABÁGICOS DO ESTUDO “EFICÁCIA DAS CONSULTAS DE CESSAÇÃO TABÁGICA”

INTRODUÇÃO

O tabaco é, segundo a Organização Mundial de Saúde, o maior factor de risco relacionado com a morbilidade e mortalidade no mundo. Dados do *World Health Report* e do Surgeon General Report revelam que, o consumo de tabaco é a principal causa isolada de peso de doença, constituindo também, paradoxalmente, a principal causa evitável de morbilidade e mortalidade (Direcção Geral Saúde, 2004c; OPSS, 2010; USDHHS, 2004; WHO, 2002).

O consumo de tabaco em Portugal tem vindo a diminuir, situando-se em 19,5% a prevalência de fumadores na população com mais de 15 anos, sendo o sexo masculino, o principal responsável por esta diminuição (com excepção do grupo etário dos 35-44 anos) (Direcção Geral Saúde, 2004c).

O consumo de tabaco, activo e passivo, constitui uma importante causa de morbilidade e mortalidade, sendo apontado como a principal causa evitável de doença e morte nas sociedades mais avançadas. É uma causa reconhecida de cancro, doença cardíaca, acidente vascular cerebral, doença pulmonar obstrutiva crónica e complicações na gravidez. Constituindo desta forma, um dos mais graves problemas de saúde pública com repercussões em toda a população fumadora e não fumadora (Nunes et al., 2008; USDHHS, 2004).

Apesar das intervenções para a cessação tabágica serem reconhecidas como sendo de elevado rácio custo-efectividade, não têm sido implementadas intervenções estruturadas nos cuidados de saúde primários e restantes, como não têm sido desenvolvidos serviços de desabitação tabágica em número suficiente e com os apoios necessários a uma prestação de cuidados com elevada eficiência (Direcção Geral Saúde, 2004c).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (Costa & Goldfard, 2000; WHO, 2003) o tabaco é o maior factor de risco associado com a morbilidade e mortalidade no mundo. Nesta perspectiva, a inclusão de medidas preventivas, de rastreio e tratamento do consumo de tabaco nos Cuidados de Saúde Primários constitui uma forma sensata e eficaz, a um custo aceitável para reduzir a morbilidade e mortalidade associada ao tabaco.

O alheamento e a não intervenção do sistema de saúde relativamente a este problema tem um custo elevado em termos de doença evitável, vidas perdidas e custos económicos. Na realidade, é difícil identificar outro problema que represente uma ameaça para a saúde tão significativa, em que existam intervenções tão eficazes e prontamente acessíveis, mas cujos serviços de saúde intervenham de forma tão inconsistente (Nunes, et al., 2008).

O tratamento de fumadores constitui não apenas uma das principais medidas preventivas em saúde pública, como também um desafio complexo que exige colaboração entre os vários profissionais envolvidos e entre os diferentes níveis de intervenção. Todos os profissionais de saúde têm a responsabilidade de promover estilos de vida saudáveis e de prestar cuidados

preventivos à população, independentemente do tipo de cuidados que prestem e do local de trabalho onde exerçam.

De facto, a Direcção Geral de Saúde, através do Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida referenciou a prevenção do tabagismo, a promoção da saúde e a consulta de desabitação tabágica, com o objectivo de proporcionar ajuda e promover estilos de vida saudáveis e prevenir o tabagismo (Direcção Geral Saúde, 2004c).

Da mesma forma, também o enquadramento legal para o controlo e a prevenção do consumo de tabaco, com a aprovação e entrada em vigor da Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto, que aprova normas para a protecção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas e redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo, trouxe um acréscimo na responsabilidade dos profissionais da saúde nesta área de actuação (Direcção Geral Saúde, 2007).

Este documento apresenta dois estudos de investigação e tem como objectivo geral reflectir a avaliação de dois programas de saúde que representam os três níveis de intervenção: prevenção primária do tabagismo (programa de intervenção: “Par-a-Par sem Tabaco”), prevenção secundária e terciária (Consultas de Cessação Tabágica).

Relativamente à intervenção primária, pretende-se neste estudo, compreender o efeito do programa de intervenção “*Par-a-Par sem Tabaco*”, dirigido a jovens que frequentam o 7º e 8º ano do 3º Ciclo de duas Escolas Secundárias do Concelho de Oliveira de Azeméis (Distrito de Aveiro), sobre os comportamentos relacionados com o tabaco, a perspectiva futura do consumo e a percepção do tabaco pelo adolescente.

Relativamente à intervenção secundária e terciária, pretende-se neste estudo, avaliar a eficácia das consultas de cessação tabágica e analisar os factores (idade; sexo; apoio familiar para a cessação tabágica; número de cigarros que os elementos da amostra conseguiriam reduzir, sem grande esforço; o tempo que esteve sem fumar, em tentativas de cessação anteriores; o grau de motivação para parar de fumar; o grau de dependência de nicotina; o número total de consultas; o número de cigarros consumidos nas várias consultas e o tipo de tratamento farmacológico) que possam interferir no sucesso das consultas de cessação tabágica dos Centros de Saúde do Distrito de Aveiro da Administração Regional de Saúde do Centro. Constituiu ainda objectivo deste estudo analisar a relação entre a cessação tabágica e os parâmetros biológicos: peso, pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica.

Estes estudos pretendem também, contribuir com os seus resultados, com linhas orientadoras para um melhor desempenho dos profissionais da saúde nos diferentes níveis de prevenção do Tabagismo.

Foram três as questões que forneceram o ponto de partida para os presentes estudos de investigação:

Q1 – Qual o efeito do programa de intervenção “*Par-a-Par sem Tabaco*” sobre os comportamentos relacionados com o tabaco, a perspectiva futura do consumo e a percepção do tabaco pelo adolescente?

Q2 – Quais os factores que influenciam positivamente o sucesso da consulta de cessação tabágica?

Q3 – Quais os factores que influenciam o processo de recaída após cessação tabágica?

Para a consecução dos objectivos e dar resposta às questões de investigação supra referidas foram utilizadas como estratégias: a revisão da literatura recorrendo a bases de dados internacionais, outras publicações, a análise reflexiva da função dos profissionais da saúde, a entrevistas com consulta de peritos na área do tabagismo, bem como o recurso à metodologia científica de investigação em saúde.

Em termos de estrutura, o presente documento encontra-se dividido em quatro partes. A primeira refere-se ao enquadramento teórico, onde consta a revisão sistemática da literatura (estado da arte). A segunda parte, refere-se à justificação dos estudos de investigação em termos de interesse para a comunidade científica na área da saúde e são enunciados os objectivos gerais e os específicos que se pretendem alcançar com a realização do estudo. Na terceira parte, é tratada a investigação empírica do estudo de prevenção primária “Efeitos do programa de intervenção – *Par-a-Par sem Tabaco*” e do estudo de prevenção secundária e terciária “Eficácia das Consultas de Cessação Tabágica”. Em cada estudo são abordados os seguintes pontos: a metodologia, os resultados do estudo e a discussão dos resultados, fazendo o paralelismo com o estado da arte, na área do conhecimento. Finalmente, são apresentadas as principais conclusões dos dois estudos.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – TABAGISMO

A dependência tabágica é definida como doença pela Organização Mundial de Saúde desde 1996 e permanece neste milénio como a principal causa de morbilidade e mortalidade evitável (OPSS, 2010). O *relatório do Surgeon General*, em 2004 (Fiore & Westman, 2005; USDHHS, 2004) revelou que, o tabagismo, causa doenças em praticamente todos os órgãos do corpo, estando associado a doenças como leucemia, cataratas, pneumonia e cancro do colo do útero, rim, pâncreas e estômago. Segundo o mesmo relatório, em média, os homens que fumam reduzem as suas vidas em 13,2 anos e as mulheres fumadoras perdem 14,5 anos de vida.

Existem cerca de 1,1 bilhão de consumidores de nicotina e produtos do tabaco a nível mundial. O uso de tabaco é a principal causa evitável de morte no mundo e mata cerca de quatro milhões de pessoas anualmente (George & O'Malley, 2004; WHO, 2002, 2003). De acordo com estimativas da Organização Mundial de Saúde (2003), morrem anualmente cerca de cinco milhões de pessoas em todo o mundo em consequência do consumo de tabaco. Se não forem instituídas medidas efectivas de prevenção e controlo, dentro de vinte a trinta anos assistir-se-á à morte anual de cerca de 10 milhões de pessoas a nível mundial.

Aceita-se actualmente que o processo saúde-doença decorre em grande parte de hábitos, atitudes, comportamentos e, sobretudo, do comportamento humano, como resultado da interacção das características dos indivíduos e do seu ambiente cultural e social. Gomes-Pedro (1999) (p.165) refere que “(...) *da morbilidade infecciosa de outros tempos, passamos inequivocamente, para uma morbilidade comportamental*”.

As doenças crónico-degenerativas, como as doenças cardiovasculares e o cancro estão relacionadas com a crescente industrialização e urbanização que impõe à população estilos de vida que a expõem a determinados factores de risco. Essa exposição associa-se ao aumento do consumo de produtos nocivos à saúde, incluindo o tabaco (Costa & Goldfard, 2000; Sohn et al., 2007). O relatório “Tabaco e Saúde da União Europeia”, coloca Portugal em último lugar, o que constitui um bom indicador de saúde. De facto, todos os nossos parceiros Europeus, fumam mais (Costa & Goldfard, 2000).

O fumo de tabaco é um aerossol constituído por uma fase gasosa e uma fase de partículas. Para além da nicotina, encerra mais de 4700 substâncias tóxicas e irritantes, incluindo monóxido de carbono, acetona, metano, formaldeído ou amónia e outras com efeitos cancerígenos, como os hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, as N-nitrosaminas, as aminas aromáticas, os aldeídos, diversos metais pesados e substâncias radioactivas como o polónio-210 (Nunes, et al., 2008). Muitas destas substâncias existem na folha do tabaco, outras resultam da absorção pela planta de substâncias existentes no solo ou ar, como os pesticidas e os fungicidas, outras produzidas durante o processo de cura e armazenamento da folha e, outras substâncias

aditivas resultantes da indústria do tabaco, com o intuito de humidificar o fumo, de o tornar menos irritante para as vias aéreas, ou de melhorar a sua aceitabilidade em particular junto dos jovens.

A nicotina é um alcalóide vegetal existente na planta e no fumo de tabaco. Tem propriedades psicoactivas, alterando os estados de humor. Atinge o cérebro em poucos segundos, após a absorção através dos pulmões e/ou mucosa da boca, fossas nasais e orofaringe, espalhando-se através da corrente sanguínea a todo o organismo. Os efeitos da nicotina sobre o sistema nervoso central são determinantes no desenvolvimento da dependência do tabaco. A nicotina age sobre determinados receptores existentes a nível cerebral e periférico, provocando estimulação ou depressão, conforme a intensidade e a frequência com que é inalada. Actua no sistema endócrino e neuroendócrino, na musculatura esquelética, no sistema cardiovascular, ao nível da medula e do córtex supra-renais (USDHHS, 2004).

Está hoje comprovado que o tabaco é responsável por um número indefinido de doenças tais como: doenças respiratórias; otites; asma; doenças pulmonares; cataratas; cegueira; cólicas; perturbações do comportamento; hipertensão arterial; taquicardia; diminuição da tolerância ao esforço; trombozes, vasoconstricção coronária; agravamento do hipotiroidismo nas mulheres; défices neurológicos, cognitivos, do rendimento escolar e do comportamento das crianças, filhas de mães fumadoras; cancro; incidência de baixo peso à nascença; natimortalidade; cardiopatias; gastrites; cefaleias; acidentes vasculares cerebrais; envelhecimento precoce da pele (rugas) e cabelos (brancos); tosse crónica; doenças peridontais; reumatismo; artrite; osteoporose e gripes (Nunes, 2006; USDHHS, 2004; WHO, 2002; Wu, Wilson, Dimoulas, & Mills, 2006). Também o tabagismo materno durante a gravidez aumenta o risco de parto prematuro (Lanting et al., 2009).

O consumo de tabaco contribui para a redução da longevidade. Os estudos de Doll e colaboradores mostraram que “(...) *um em cada dois fumadores que inicie o consumo na adolescência e fume ao longo da vida morre por uma doença provocada pelo tabaco, um quarto dos quais nas idades compreendidas entre os 35 e os 69 anos*” (Nunes et al; 2008, p. 17).

A Organização Mundial de Saúde, a International Agency for Research on Cancer e o U.S. Department of Health and Human Services, consideram que todos os produtos e formas de tabaco, incluindo o tabaco de uso oral, são nocivos para a saúde, não existindo um limiar seguro de exposição (Nunes & al, 2008; USDHHS, 2004).

Considerando que nos países desenvolvidos, o tabagismo é a maior causa susceptível para prevenir a doença e, considerando, os enormes benefícios sociais, humanos e para a saúde de uma redução na sua prevalência, a razão custo-benefício dos estudos de investigação e dos programas de intervenção é, francamente boa.

A política para reduzir o número de fumadores, entre as crianças e adolescentes, deve incluir acções legislativas, económicas e educativas (Costa, Goldfard (2000), Rosendahl, Galanti e Gilljam (2008)). As acções legislativas incluem: legislação que regula a venda, distribuição de amostras grátis, restrição de fumo em locais fechados de utilização colectiva, públicos e privados e, sobretudo, proibição da publicidade directa e do patrocínio de eventos e programas de qualquer natureza (desportivos, culturais e outros). As medidas económicas devem incluir o

aumento dos preços do tabaco pois, segundo estudos de elasticidade de preços, um aumento de 10% nos preços leva a uma redução no consumo de 10% entre os jovens, pelo que constitui uma importante medida de saúde pública (Costa & Goldfard, 2000). As acções educativas devem ocorrer através de campanhas de acção continuadas, que têm o papel de intensificar, num esforço conjunto dos diferentes sectores sociais, a divulgação da informação sobre os danos causados pelo tabaco.

Também, diversos programas de abstinência tabágica têm demonstrado ser eficazes, em particular os que combinam o tratamento farmacológico e as intervenções comportamentais (o aconselhamento) (Fiore & Westman, 2005).

A dependência do tabaco é um fenómeno complexo que, resulta da interacção de vários factores, dos quais se destaca a nicotina. A nicotina é uma substância psicoactiva com capacidade para induzir dependência física e psíquica, por processos semelhantes aos da heroína ou aos da cocaína.

Alguns segundos após a inalação do fumo do tabaco (cerca de dez segundos), um bólus de nicotina viaja das artérias carótidas para o cérebro, onde as moléculas se ligam aos receptores colinérgicos da nicotina situados no mesencéfalo, na área ventral do tecto, levando à produção e consequente libertação de dopamina através de neurónios axonais, no núcleo accumbens, zona cerebral mais importante na aprendizagem, em particular na atenção, na memória e na motivação dos comportamentos. Para além do sistema dopaminérgico e do núcleo accumbens a nicotina actua sobre outras áreas cerebrais, como o hipocampo, provocando melhoria da atenção e da memória, sobre o córtex pré-frontal, agindo sobre as funções de controlo emocional e do comportamento, bem como sobre o sistema noradrenérgico, relacionado com as respostas ao stress e implicado na depressão (Fiore & Westman, 2005; Nunes & al, 2008).

A nicotina também interfere com os receptores da acetilcolina, criando uma variedade de reacções fisiológicas. Algumas reacções são benéficas, tais como a supressão do apetite e da dor, enquanto outras não são, tais como a elevação da pressão arterial e da dependência da nicotina (Fiore & Westman, 2005). A nicotina é um estimulante psicomotor e, nos novos utilizadores, reduz o tempo de reacção, melhora a atenção e a memória, reduz o stress e a ansiedade e diminui o apetite. No entanto, como qualquer outra droga, induz tolerância, ou seja, a exposição repetida à mesma quantidade de nicotina leva à redução dos efeitos inicialmente verificados, o que pode levar ao aumento das doses consumidas. O organismo vai-se habituando a uma quantidade e reage quando sente a falta. Emergem, então, sintomas como o nervosismo, ansiedade, irritabilidade, dificuldade de concentração e insónias. Os pensamentos do fumador fixam-se no tabaco e ganha corpo a uma certa obsessão que, leva o fumador a desenvolver todos os esforços para conseguir um cigarro. Estando assim criado um ciclo de dependência nicotínica difícil de quebrar (Fiore & Westman, 2005; Nunes & al, 2008).

A dependência de nicotina está incluída desde 1992 na 10.^a Classificação Internacional das Doenças (CID-10) e, desde 1994, no DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatística das

Perturbações Mentais). De acordo com a CID-10, a presença de pelo menos três dos seis critérios de dependência de substâncias, indica a existência de dependência (1. Um forte desejo, ou compulsão, para consumir a substância; 2. Dificuldade em controlar o consumo, em termos do seu início, do seu termo ou da sua intensidade; 3. Síndrome de abstinência; 4. Desenvolvimento de tolerância; 5. Perda progressiva de interesse por actividades sociais, laborais ou de lazer devido ao uso da substância, ou aumento do tempo dedicado à sua obtenção ou à sua utilização; 6. Persistência do consumo, mesmo quando já existam sintomas evidentes de doença) (Nunes & al, 2008; WHO, 2003).

A síndrome de dependência da nicotina caracteriza-se por uma série de sintomas característicos, como irritabilidade, ansiedade, depressão, inquietação, mal-estar físico, dores de cabeça e alterações do sono. É ainda frequente a ocorrência de necessidade urgente de pegar num cigarro, o aumento do apetite e a dificuldade de concentração. A síndrome de abstinência tem início ao fim de poucas horas (2 a 12 horas) e alcançam um pico pelas 24 a 48 horas de abstinência tabágica. A grande maioria da sintomatologia permanece durante cerca de quatro semanas, mas a sensação de fome e a necessidade de nicotina podem durar seis ou mais meses (Nunes & al, 2008). Nestas situações, repetir o consumo é a forma mais fácil e rápida de um consumidor habitual de substâncias, em situação de privação, se voltar a sentir bem. Pelo que a manutenção do consumo de tabaco poderá ser explicada não só pelos efeitos positivos e agradáveis da nicotina, mas também pela necessidade de reverter os sinais de abstinência.

É de salientar ainda que, o uso de substâncias aditivas induz memórias de longa duração que levam, mesmo após longos períodos de abstinência (meses ou anos), a que o stress ou factores associados ao comportamento de fumar possam fazer disparar sintomas agudos de abstinência e, em muitos casos, conduzam à recaída (Nunes & al, 2008).

2 - PREVENÇÃO PRIMÁRIA DO TABAGISMO

A prevenção primária engloba duas vertentes importantes que são a promoção da saúde e a prevenção da doença. A promoção da saúde consiste num conjunto de métodos e técnicas com o objectivo de reforçar positivamente o estado de saúde. Consiste na utilização de estímulos e na sensibilização para a adopção de estilos de vida saudáveis, isto é, isentos de tabaco. Utiliza como metodologias a educação e a vigilância da saúde. A prevenção da doença consiste num conjunto de medidas que protejam o indivíduo em relação a determinados factores de risco e produtos prejudiciais à saúde. Visa a protecção da saúde através da criação de ambientes salubres, isentos de tabaco.

É na adolescência que a grande maioria dos fumadores experimenta e começa a consumir de forma mais regular o tabaco, pelo que deverá ser durante esta fase da vida que, a investigação e as medidas de educação preventivas deverão incidir.

O uso de tabaco é a principal causa prevenível de morbilidade e mortalidade nos Estados Unidos da América. Porque 80% a 90% dos fumadores adultos começaram a fumar durante a adolescência, e dois terços se torna fumador regular aos 19 anos de idade, o tabagismo pode ser visto como uma doença pediátrica. Todos os anos nos Estados Unidos da América, cerca de 1,4 milhões de crianças menores de 18 anos começam a fumar, e muitas vão morrer prematuramente de uma doença relacionada com o consumo de tabaco (Sims & Abuse, 2009).

Segundo Cruz e colaboradores (2008), o problema do aumento constante do tabagismo entre crianças e adolescentes, apesar dos esforços para controlar a porta de entrada para a epidemia do tabagismo, é um problema de saúde de primeira grandeza ainda envolvido em muitas incógnitas. Os resultados obtidos, pelos autores supra referidos, parecem indicar que existe tendência para as pessoas se tornarem fumadoras cada vez mais cedo. No mundo ocidental é na adolescência que a maioria dos fumadores começa a fumar, razão pela qual este é um período crucial na vida dos jovens. Começar a fumar nesta fase do desenvolvimento é um indício para a manutenção do hábito ao longo da vida.

Sabe-se que a iniciação tabágica ocorre frequentemente durante o período da adolescência, sendo que grande parte dos fumadores adultos actuais começaram a fumar durante a adolescência. Também se sabe que são raros os casos de pessoas que iniciaram o tabagismo durante a idade adulta e que permaneceram fumadores durante a sua vida. É de facto, no período da adolescência que ocorre a experimentação tabágica, bem como a instalação e consequente manutenção do hábito tabágico, daí que a Organização Mundial de Saúde considere a problemática do tabagismo na adolescência como uma das prioridades de acção (WHO, 2002).

2.1 - A INICIAÇÃO TABÁGICA

A ciência ao longo dos tempos demonstrou que, fumar activa ou passivamente, é prejudicial à saúde em todas as fases do ciclo de vida da pessoa. No entanto, o consumo ou exposição ao tabaco pelas crianças e adolescentes é particularmente grave. As crianças e jovens que fumam, activa ou passivamente, veem aumentado o risco de padecer de amigdalite, constipações, bronquite, ataques de asma, assim como de outros problemas respiratórios (Melero et al., in Precioso, 2006).

O tabaco é, ainda particularmente grave, nesta fase da vida, porque as crianças e os adolescentes, correm um risco elevado de se tornarem dependentes do tabaco muitas vezes para a vida inteira (Ursprung & DiFranza, 2010). Estudos efectuados por Di Franza e colaboradores (Precioso, 2006), revelam que as crianças tornam-se dependentes da nicotina mais facilmente do que os adultos e com quantidades de tabaco muito reduzidas (fumar dois cigarros por dia durante quatro a seis semanas). Também foram reveladores de que as raparigas ficam mais facilmente viciadas em nicotina do que os rapazes.

Entre os comportamentos aditivos, o consumo de cigarros é um dos que está mais estabelecido durante a adolescência, sendo verdade que a maioria dos actuais fumadores começa a fumar antes dos 18 anos de idade, portanto na infância e na adolescência.

O consumo de tabaco está associado com o consumo de álcool e de outras drogas e é geralmente a primeira a ser usada pelos jovens que entram numa sequência de consumo de drogas que incluem o tabaco, o álcool, a marijuana e outras drogas duras. Daí o tabaco constituir um elemento particularmente grave para as crianças e adolescentes (Precioso, 2006; Ursprung & DiFranza, 2010).

Segundo Precioso (2006), estudos já efectuados mostram que em Portugal continua a ser muito importante fazer um esforço, sistemático e organizado, na prevenção do consumo de tabaco pelos adolescentes e jovens adultos nas escolas. Segundo o autor torna-se necessário que o Ministério da Educação comece a promover a saúde e a educação para a saúde na escola de forma organizada e eficaz e não como tem vindo a acontecer, em que o padrão de intervenção tem carácter esporádico, pontual e restrito.

Também a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) refere que, deve ser dada educação para a saúde para a população em geral sobre os perigos do tabaco e como deixar de fumar; dar educação para a saúde sobre os riscos de tabaco na escola e finalmente, educação específica sobre o alto risco individual do tabaco.

O Committee on Environmental Health, o Committee on Substance Abuse, o Committee on Adolescence e o Committee on Native American Child Health (2009) definem como princípios gerais de uma política de prevenção do tabagismo: (1) não existir nenhum caminho seguro para o uso do tabaco, (2) não existir nenhum nível seguro ou duração da exposição ao fumo passivo, e (3) o poder financeiro e político dos indivíduos, organizações e governo devem ser utilizados para apoiar o controlo do tabagismo.

Roger (1984) refere que, habitualmente, o perigo do tabagismo é subestimado, pelo que há que intensificar esforços de intervenção. Na carta antitabaco (Danzon & Piha, 1991) encontra-se descrito que todo o cidadão tem direito de ser informado sobre os grandes riscos que o tabaco representa para a saúde. Assim, todas as crianças e adolescentes têm o direito de serem protegidas contra as formas de promoção do tabaco e de receber auxílio, por medidas educacionais e outras, para ajudar a resistir à tentação de principiar o uso do tabaco.

Segundo Becona, Vasquez, Vries e Kok (Precioso & Macedo, 2004) estima-se que 70% a 90% das pessoas que consomem quatro ou mais cigarros por dia, durante algum tempo, podem vir a tornar-se fumadores dependentes (Ursprung & DiFranza, 2010). Estudos efectuados por DiFranza e colaboradores (2007) concluem que os jovens, um dia ou dois após inalar o fumo do primeiro cigarro, são mais susceptíveis de risco, para perda da sua autonomia em relação ao tabaco.

Assim, as medidas de acção preventivas para reduzir o risco do tabagismo na adolescência são: a educação para a saúde junto da população em geral, e das crianças e adolescentes em particular; o despertar e reforçar a necessária consciencialização dos indivíduos, das comunidades e dos profissionais da saúde, da educação e dos políticos para esta problemática, e finalmente, o prosseguimento de investigação científica no sentido de aprofundar os estudos sobre os mecanismos de comportamento e as motivações que contribuem para o hábito de fumar e a influência do tabaco sobre a saúde. De facto, capacitar os adolescentes de uma adequada percepção do risco do tabagismo, constitui, um aspecto fulcral e uma arma terapêutica, a usar por todos os profissionais, no sentido da prevenção da instalação do tabagismo na adolescência.

O consumo de tabaco pelos jovens prejudica directamente a sua saúde. Para se prevenir este comportamento importa saber quando, onde e porque começam eles a fumar.

Quando se começa a fumar

Admite-se que, nos países desenvolvidos, a maioria dos fumadores comece a fumar na adolescência, isto é, antes dos dezoito anos de idade (Mayhew, Flay, & Mott, 2000; WHO, 2002), embora em Portugal uma percentagem elevada de fumadores (cerca de 30%), tenham começado a fumar mais tarde (Precioso, 2006). Segundo Becoña e Vázquez (Precioso, 2006), a probabilidade de vir a ser fumador regular é tanto maior quanto menor for a idade em que se começa a fumar.

Segundo Cruz e colaboradores (2008) em relação à idade, verifica-se que a média dos alunos fumadores é significativamente mais alta do que os não fumadores. Assim, 19,1% dos alunos de doze a treze anos consomem tabaco diariamente ou semanalmente e aos catorze ou quinze anos a percentagem de fumadores eleva-se para os 40%, chegando a considerar-se 58% de fumadores, os alunos com dezasseis ou dezassete anos.

Vários estudos mostram que os jovens começam a fumar em idades cada vez mais precoces (Mayhew, et al., 2000; Precioso, 1999). Alguns começam antes dos 12 anos de idade.

Assim, segundo Precioso (2006) a prevenção primária do consumo de tabaco deve começar antes dos doze anos (no 6º ou 7º ano de escolaridade) mas deve continuar ao longo do percurso escolar incluindo a universidade e o local de trabalho (pela evidência epidemiológica que o começo do consumo, em Portugal, é mais tardio que noutros países mais desenvolvidos).

Ainda segundo Precioso (2006), o facto da maioria das crianças não começar a fumar antes dos doze anos de idade (embora a tendência seja a diminuição da idade de iniciação), associado ao facto das crianças serem de uma forma geral hostis ao consumo de tabaco, permite inferir que é desaconselhável a abordagem deste tema no primeiro ciclo do ensino básico. A sua abordagem de forma incorrecta corre o risco de ser contra-preventiva. Por outro lado, os estudantes nesta idade têm outros problemas de saúde mais importantes (higiene pessoal e oral, os acidentes domésticos e rodoviários, ...) que devem ser tratados de forma prioritária.

Onde se começa a fumar

A partir de resultados de vários estudos (Precioso, 2006), existe evidência segura para poder afirmar que, a escola é o local de iniciação do comportamento de fumar para a maioria dos estudantes portugueses (60%, embora as raparigas tenham começado frequentemente noutros locais) e que percentagens de estudantes da amostra superiores a 50% recebam ofertas de cigarros na escola. Nesta perspectiva, a prevenção do consumo do tabaco deveria começar pelos doze a treze anos e o local adequado para o fazer é a escola.

Porque se começa a fumar

Actualmente admite-se que não exista uma única causa que explique a iniciação do consumo de tabaco. Segundo a Ulster Câncer Foundation e Pestana e Mendes (Precioso, 2006), parece haver um conjunto de factores complexos e inter-relacionados que predispõem os mais novos a fumar. Sabe-se que os factores que podem levar as pessoas a começarem a fumar diferem de indivíduo para indivíduo, o que torna os esforços preventivos complexos pois trata-se de agir sobre um fenómeno heterogéneo.

Segundo Pardal (1989), Precioso e Macedo (2004), os comportamentos de saúde, tal como muitos outros, são determinados por factores biológicos, psicológicos, micro sociais (família, escola, amigos), macro sociais (media), ambientais, culturais, económicos, entre outros...

Os **factores pessoais** incluem o desconhecimento dos riscos do consumo de tabaco, a necessidade de demonstrar que se atingiu a maioridade, o desejo de ser e comportar-se como os adultos, a curiosidade natural do jovem, algumas crenças relacionadas com o tabaco como “emagrece”, “ajuda a esquecer”, a “resolver os problemas”, a “acalmar os nervos”, a “lidar com o stress”, a necessidade de chamar a atenção dos outros exibindo um comportamento desviante perante os pares ou os pais, são apontados desde sempre como factores influentes na adopção do hábito de fumar.

Vários estudos demonstram que os jovens com piores resultados escolares e com menores ambições nos seus estudos têm maiores probabilidades de se tornarem fumadores. Eliminar a imagem positiva do tabaco e ajudar os jovens a desenvolver auto-confiança e a melhorar os seus desempenhos escolares e sociais contribuiria para reduzir a prevalência de tabagismo (Brook et al., 2008; Precioso, 2006).

Num estudo realizado em França com o objectivo de analisar as características dos fumadores com menos de dezanove anos de idade, verificou-se que a dependência da nicotina foi pesada para 24,1% dos 321 jovens fumadores e que mais de um terço apresentava um resultado no teste de triagem para depressão e ansiedade (Faou, Plard, Rodon, & Lagrue, 2007).

Ainda segundo Precioso (2006), existem outros estudos que comprovaram que jovens fumadores têm menos conhecimentos sobre os riscos do tabagismo para a saúde, não personalizam esses riscos e acham que, a curto prazo, fumar oferece vantagens (auto-estima, novas amizades) que compensam quaisquer riscos. Os jovens que não fumam tendem a manter opiniões negativas a respeito do tabaco. Nesta perspectiva, é importante insistir nas consequências do tabagismo a curto prazo (sobre a saúde e apresentação pessoal) e aproveitar as oportunidades para desmistificar as qualidades e valores atribuídos ao tabaco.

No que se refere aos **factores sociais**, incluem a atitude positiva em relação a fumar dos amigos, pais, irmãos e ídolos e; o facto de fumar ser um comportamento socialmente aceite.

A pressão social directa ou indirecta exercida pelos amigos foi desde sempre considerada um dos mais factores mais influentes relacionados com o consumo de tabaco nos jovens. Vários estudos referem que ter um “melhor amigo” que fuma é um factor preditivo muito importante para que os jovens venham a consumir tabaco. Os jovens que começam a fumar costumam fazê-lo com os amigos e, para eles, fumar constitui nitidamente uma actividade social. Muitos jovens experimentam o tabaco em grupo e a aprovação dos companheiros é um mecanismo importante para a manutenção do hábito. Muitas vezes os jovens começam a fumar pela dificuldade de resistir às pressões dos colegas e amigos, realizadas geralmente pela oferta de cigarros e o receio de cair no ridículo face à recusa ou não adopção de um comportamento generalizado no grupo (Silver, Sousa, 1998).

Assim, torna-se particularmente importante, ajudar os jovens a desenvolver a auto-confiança e a capacidade de resistir às pressões sociais para fumarem de forma a contribuir decisivamente para reduzir a prevalência do tabagismo.

O tabagismo dos pais, bem como as suas atitudes em relação ao tabaco, têm sido associados de uma forma constante com o tabagismo dos jovens. As crianças criadas em ambientes familiares em que os adultos não fumam e os pais desaprovam o consumo do tabaco têm menos probabilidades de se tornarem fumadores habituais. A influência dos pais parece maior na fase de transição do consumo “experimental” para o consumo “regular” (Albers, Biener, Siegel, Cheng, & Rigotti, 2008).

Em relação aos **factores ambientais** podem considerar-se a aceitabilidade social do consumo do tabaco e o fácil acesso ao tabaco; a exposição e vulnerabilidade dos jovens para o

marketing e publicidade ao tabaco; o baixo preço do tabaco; a elevada quantidade de dinheiro colocada à disposição dos jovens.

Segundo Precioso (2006), as campanhas publicitárias dirigidas a promover o consumo de cigarros e as estratégias de promoção associam o hábito de fumar com os divertimentos, o risco, a maturidade, utilizando a Teoria do Reforço Social, para convencer os jovens. A publicidade dirigida directamente às mulheres jovens valoriza a magreza, a elegância, apoiando-se assim na Teoria da Aprendizagem Social de Bandura, oferecendo imagens de modelos muito atractivos para as raparigas, fazendo com que estas tentem copiá-los.

Outro factor que explica fortemente o consumo de tabaco pelos jovens é, segundo Mendoza (Precioso, 2006), a facilidade que estes têm em adquiri-lo, dada a alta oferta deste produto e a facilidade na sua compra. A venda de tabaco em máquinas automáticas, a dificuldade em reconhecer a idade dos jovens e de fazer cumprir a lei que proíbe a venda a menores, o facto do preço dos cigarros ser acessível e os adolescentes possuírem bastante dinheiro disponível, faz com que o acesso ao consumo de tabaco seja facilitado.

Em suma, os principais factores psicossociais de risco são: ter amigos fumadores, estar envolvidos em situações sociais em que os amigos apoiam o consumo, ter baixa auto-eficácia e capacidade de recusa, ter disponibilidade de cigarros, ter poucas restrições a fumar na escola e na comunidade (Albers, et al., 2008; Calleja & Aguilar, 2008; Cruz, et al., 2008; Mercken, Snijders, Steglich, & Vries, 2009; Precioso & Macedo, 2004).

Torna-se fundamental proceder ao alargamento e prática integral das limitações à venda do tabaco aos jovens. Uma política de aumento de preços tem também um poder dissuasivo.

O processo de aprendizagem de fumar

Porque ninguém nasce fumador e nem por “geração espontânea”, aprende-se a fumar ao longo de uma série de passos.

Na perspectiva de Gorski (Trigo, 2006), sendo o tabagismo uma doença, à medida que ela se estabelece, os sintomas progridem em três fases: fase inicial, intermédia e crónica.

Na fase inicial da doença é difícil distinguir entre o uso ocasional e o aditivo, pois são escassos os sinais de dependência. Embora a pessoa não se aperceba vão ocorrendo adaptações neuro-químicas que permitem ao organismo tolerar quantidades maiores de substância, à medida que o uso recreativo dá lugar à dependência. Na fase intermédia da doença verifica-se a perda gradual do controlo surgindo várias consequências orgânicas, psicológicas e sociais. A pessoa passa a viver intoxicada, evitando o desconforto dos níveis sub-tóxicos, apesar disso, é habitual a dependência passar despercebida, especialmente porque a pessoa oculta os seus consumos, negando a doença e os problemas com ela relacionados. Na fase crónica da doença torna-se evidente a deterioração física e a instabilidade do humor que, flutua em função das concentrações sanguíneas do químico (Gorski, in Trigo, 2006).

Segundo vários especialistas (Mayhew, et al., 2000; Precioso, 2006) a aquisição de um hábito qualquer, não constitui uma simples resposta a um estímulo, é um processo que

provavelmente se desenvolve ao longo do tempo, numa sequência ordenada de estágios. Segundo os autores, o hábito de fumar desenvolve-se em quatro ou cinco etapas, até a criança se tornar fumadora dependente: a preparação, a iniciação/experimentação, a habituação (consumo regular/instalação do hábito) e a manutenção/dependência (consumo dependente).

A fase de “Preparação” vai desde o nascimento ao início da adolescência. É caracterizado pelo facto da criança ainda não ter fumado mas começar a criar expectativas e a formar atitudes que a poderão conduzir a experimentar o primeiro cigarro (iniciação). Na formação de uma atitude passiva em relação a fumar são particularmente fortes o uso do tabaco pelos pais, a opinião dos pais e os meios de comunicação social, em especial a televisão. A atitude (positiva ou negativa em relação ao tabaco) está relacionada com o processo de socialização primária que ocorre no meio familiar, com o início do processo de socialização secundária que, ocorre na escola (com os amigos) e através dos “*média*”.

A fase de “Iniciação” e “Experimentação” consiste na primeira prova do cigarro e está associada ao processo de socialização secundária que decorre na escola, com os amigos mais próximos e também por intermédio dos “*média*”. Esta fase decorre habitualmente entre os sete e os catorze anos de idade. Na experimentação do cigarro são particularmente fortes influências como: a curiosidade natural de todas as crianças desta idade; o uso de tabaco pelos amigos íntimos; o uso de tabaco pelos pais, os “*média*”, especialmente a televisão e as revistas; a facilidade de arranjar cigarros; o desejo de aceitação social; a curiosidade relativamente aos hábitos dos adultos. Segundo Becoña e Vasquez (Precioso, 2006), embora mais ou menos 90% da população tenha experimentado fumar e muitos não tenham prosseguido, o risco de vir a fumar regularmente aumenta se a experimentação com o tabaco se repetir mais de quatro a cinco vezes. Estudos sugerem que, entre 70 a 90% dos fumadores iniciais que tenham fumado quatro a cinco vezes podem vir a fumar regularmente e quanto menor for o intervalo entre fumar o primeiro cigarro e os seguintes, maior será a probabilidade de se estabelecer a dependência do tabaco.

A fase de “Habituação” ocorre geralmente durante a adolescência e é caracterizada pelo facto do adolescente começar a fumar com alguma regularidade (pelo menos um cigarro por semana). Os principais factores psicossociais de risco são: ter amigos fumadores, estar envolvido em situações sociais em que os amigos apoiam o consumo, ter baixa auto-eficácia e capacidade de recusa, ter disponibilidade de cigarros, perceber que fumar é útil para a pessoa, ter poucas restrições a fumar na escola e na comunidade. A aquisição do hábito está relacionada com o reforço do hábito por experiências físicas, sociais e psicológicas positivas relacionadas com o uso do tabaco. Constituem influências particularmente importantes na aquisição do hábito de fumar as convicções sobre os efeitos do tabaco (“acalma”, “dá confiança”, “controla o peso”); a aceitação ou subestima dos riscos para a saúde; o comportamento dos amigos relativamente ao tabaco; a imagem de si próprio; a acessibilidade e o preço dos cigarros (Calleja & Aguilar, 2008; Cruz, et al., 2008; Lipperman-Kreda, Paschall, & Grube, 2009; Mayhew, et al., 2000; Palos, Barrera, Martinez, Oviedo, & Oca, 2009; Precioso, 2006).

A “Manutenção” do hábito e a dependência consiste no estabelecimento do consumo diário de fumar e ocorre geralmente no fim da adolescência e início da idade adulta. Na fase de “Manutenção/Dependência” o indivíduo continua a fumar devido à dependência física da nicotina e à dependência psicológica e social (Becoña e Vasequez; in Precioso, 2006).

Neste caminho, importa salientar que o trajecto seguido por um fumador pode não ser linear, isto é, um adolescente que experimente fumar, poderá não vir a seguir os restantes passos e geralmente o número de crianças que passam de uma fase à seguinte, vai diminuindo.

Nutben, Mendonza e Newman (Precioso, 2006) alertam para o facto de que ser fumador habitual durante a adolescência não significa necessariamente que se continue a sê-lo na idade adulta, mas é geralmente preditivo da instalação da dependência do tabaco.

Neste trajecto apresentado, estão representados os momentos chave, para os quais as intervenções podem ser dirigidas, demonstrando a necessidade de intervenções diferenciadas em cada estágio. Assim, é de salientar o papel das influências sociais na aquisição do comportamento de fumar. Estas podem ser divididas em abertas (directas) tais como persuasão, pressão e encorajamento, ou influências indirectas como a modelagem.

2.2 – BOAS PRÁTICAS NA PREVENÇÃO DO CONSUMO DE TABACO EM MEIO ESCOLAR

A prevenção do consumo do tabaco deverá consistir em contrariar um vasto conjunto de factores de risco e promover os factores protectores (Precioso, 2006). A família e a escola, pelo impacto que têm no processo de socialização, devem desenvolver acções de prevenção.

Os estabelecimentos de ensino são um dos locais e os estudantes um dos alvos privilegiados das acções de promoção da saúde e de prevenção do tabagismo. De facto, é na escola onde os estudantes passam uma grande parte do seu tempo e aí adquirem valores e comportamentos salutogénios ou prejudiciais. As escolas constituem o maior canal para colocar informação à disposição de todos, uma vez que alcançam estudantes e, através deles, as suas famílias e comunidades. Assim, a intervenção deveria passar pelo modelo das Escolas Promotoras de Saúde, tendo uma dimensão curricular, psicossocial, ambiental e comunitária.

Na perspectiva de Precioso (2006), não é preconizada a aplicação de medidas isoladas, uma vez que os comportamentos são determinados por factores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais, para podermos modificar ou alterar essa conduta teremos de actuar através de programas que pretendam agir sobre esse conjunto de factores, numa perspectiva global e abrangente.

As acções preventivas para contrariar a procura de cigarros pelos jovens deverão ser implementadas em meio escolar e também na comunidade. Desta forma, sugere-se a aplicação generalizada de programas de prevenção intensivos do tipo das influências psicossociais e a promoção de estilos de vida saudáveis, através do desenvolvimento de um currículo transversal de Educação para a Saúde (Jason et al., 2009; Perry et al., 2003; Precioso, 2006).

Entre as iniciativas e actividades extra-curriculares que podem chegar directa ou indirectamente aos estudantes sugere-se a criação de um ambiente escolar (escola sem tabaco) que reforce as acções educativas exercidas directamente sobre os estudantes, a criação de turmas sem fumadores e a comemoração de eventos relacionados, como por exemplo, o Dia Nacional de Não Fumador e o Dia Mundial contra o Tabaco (Nebot; Savolainen; Wiborg, Hane, Winkel; in Precioso, 2006).

Já no que respeita às iniciativas e actividades preventivas implementadas na comunidade que podem chegar directa ou indirectamente aos estudantes sugere-se o envolvimento dos pais dos estudantes, as restrições à venda de cigarros a menores (proibição da venda em locais próximos das escolas, em vendas de máquinas automáticas, venda avulso, etc.), a monitorização e o reforço do investimento na prevenção primária. As campanhas nos “*média*” poderão também ter um impacto importante na prevenção do consumo, assim como a criação de espaços de lazer alternativos (espaços verdes e equipamentos que afastem os jovens de locais de maior risco de virem a fumar como são os cafés, os bares, os salões de jogos, etc.) (Fiore M, Jaen C, Baker T, & al., 2009).

Segundo Vries e Kok (Precioso & Macedo, 2004) um programa de prevenção do tabagismo deve: salientar as vantagens de não fumar e as desvantagens de fumar, fornecer informação sobre os efeitos a curto prazo, pois as crianças geralmente consideram as consequências a longo prazo como distantes no tempo e por isso pouco prováveis de as afectar, fornecer argumentos para contrariar a tendência que os fumadores têm de minimizar as desvantagens de fumar, proteger os não fumadores das pressões para fumar e treinar os não fumadores para contrariarem os (falsos) argumentos dos fumadores, fornecendo-lhes contra-argumentos e desenvolvendo a sua assertividade.

2.2.1 - Actividades Curriculares

Entre as actividades escolares destacam-se a aplicação de programas específicos de prevenção de consumo de tabaco no 7º ano de escolaridade e sessões de reforço nos anos seguintes, com programas como o “Não fumar é que está a dar” e “Querer é poder I” e “Querer é poder II” (Vitória, Raposo, & Peixoto, 2001a; Vitória, Raposo, & Peixoto, 2007a), a continuidade das intervenções ao longo do percurso escolar e finalmente o currículo de educação para a saúde e de programas transversais intensivos (Precioso, 2006).

Aplicação de Programas Específicos de Prevenção do Consumo de Tabaco no 7º Ano e Sessões de Reforço nos Anos Seguintes

Os programas preventivos do tipo das influências psicossociais aplicados na escola aos estudantes têm demonstrado elevada eficácia preventiva, pelo que devem fazer parte da estratégia global de prevenção.

Através da concepção e aplicação de programas do tipo das influências psicossociais tenta-se “imunizar” as crianças e jovens contra o tabagismo. Programas intensivos do tipo das influências psicossociais podem desenvolver no estudante resistências psicológicas contra alguns factores psicossociais que conduzem ao consumo de tabaco, como sejam a promoção do desenvolvimento de uma atitude negativa em relação ao fumar e aumentar a sua auto-eficácia que é uma qualidade determinante para que ele resista às pressões dos pares para que fume. É importante fazer os estudantes sentir que é possível e desejável resistir às pressões directas ou indirectas para fumar (treino de assertividade) e que isso não é muito difícil, basta utilizarem estratégias adequadas para o efeito. Por outro lado, é necessário ilegitimar as pressões efectuadas pelos amigos. Nesta perspectiva e dado que as crianças começam a fumar por volta dos 12-15 anos o processo de “imunização” deve começar antes desta idade ou seja no 6º ou 7º ano de escolaridade e continuar com a aplicação de sessões de reforço especialmente na transição de ciclo de ensino (do básico para o secundário e deste para o superior) (Precioso, 2006; Precioso & Macedo, 2004).

Programa “*Não fumar é que está a dar*”

O programa de prevenção do consumo de tabaco “*Não fumar é que está a dar*” é um programa intensivo, específico e transversal, de prevenção do consumo de tabaco, do tipo das influências psicossociais constituído por um conjunto de quinze sessões semanais de uma hora, dirigidas aos estudantes do 7º ano de escolaridade a ser aplicado nas diferentes disciplinas (Precioso, 2006).

As sessões do programa “*Não fumar é que está a dar*” são agrupadas em seis componentes básicas: informações sobre o fumo do tabaco; construir uma atitude sobre fumar; tomar uma decisão sobre o futuro uso do tabaco; corrigir a percepção exagerada do número de amigos fumadores; resistir às influências sociais para fumar.

Um estudo quase-experimental realizado por Precioso entre 1997/2000 (Precioso, 2006) mostrou que o programa “*Não fumar é que está a dar*” conseguiu alcançar resultados francamente positivos (pelo menos a curto prazo) no que respeita ao controlo de alguns factores de risco relacionados com o começo de fumar e à prevenção do consumo de tabaco. Constatou-se que melhorou o nível de conhecimentos dos estudantes; diminuiu a percepção por parte dos estudantes de que os amigos gostariam que eles fumassem, provavelmente porque conseguiu persuadir os estudantes a não pressionarem os amigos a fumar; melhorou a sua capacidade para dizer não; fortaleceu o sentimento de vulnerabilidade dos estudantes e a sua preocupação sobre as consequências de fumar; incrementou uma atitude desfavorável relativamente ao consumo de tabaco e reduziu a percepção exagerada da percentagem de colegas fumadores. O programa mostrou ter um efeito positivo em prevenir o consumo de tabaco mas sobretudo destacou-se nos resultados apreciáveis em prevenir o consumo diário de tabaco.

Programa “*Querer é poder I*” e “*Querer é poder II*”

Segundo Vitória, Raposo e Peixoto (2001a; 2007a) os programas “*Querer é poder I*” e “*Querer é poder II*” são constituídos, cada um, por um conjunto de seis sessões programadas e destina-se a jovens dos doze aos catorze anos de idade. É um programa de tipo psicossocial com quatro componentes básicos: um componente informativo que proporciona aos estudantes a compreensão das consequências negativas de fumar para a saúde; um componente que ajuda os estudantes a identificar a procedência das influências para fumar; um componente de treino das habilidades sociais para resistir às pressões dos companheiros para fumar e um componente em que os estudantes se comprometam publicamente a não fumar e exponham as razões que os levam a tomar a decisão.

Segundo vários autores (Precioso, 2006; Vitória, et al., 2001a) os programas mais eficazes na prevenção do abuso de substâncias implementados na escola são os que reforçam a capacidade pessoal de resistir às pressões sociais.

Em vários programas e estudos realizados, as intervenções que apresentaram bons resultados incluíam os seguintes componentes: baseavam-se numa aprendizagem de tipo socrática, bidireccional e interactiva; insistiam nas consequências negativas de fumar já conhecidas pelos estudantes (sobretudo a curto prazo) em vez de se centrar em aumentar conhecimentos sobre as mesmas (aprofundar muito os conhecimentos sobre uma determinada desvantagem de fumar); desenvolviam habilidades para resistir às pressões sociais; eliminavam a percepção errada de que o consumo é um comportamento normal de conduta social; suscitavam declarações públicas de recusa de consumo por parte dos estudantes.

De facto, segundo Precioso (2006), as intervenções preventivas baseadas em modelos teóricos adequados, bem planificadas e bem implementadas, podem reduzir a taxa de consumo de tabaco (e outras drogas) e obviamente de problemas a ele associados.

Os resultados preventivos do consumo de tabaco conseguidos com a implementação de programas intensivos e multidisciplinares na idade de maior risco (11-12 anos e no 7º ano de escolaridade ou mesmo mais cedo) só podem ser mantidos ou reforçados se houver continuidade ao longo de todo o percurso escolar dos estudantes.

É importante, segundo Precioso (2006) que, no ensino secundário, os professores façam sessões de reforço com os estudantes que incluam estratégias como:

- Trabalhos de grupo, onde se discutam aspectos positivos e negativos relacionados com o consumo de tabaco;
- Trabalho sobre os projectos de vida de cada um e ver de que forma o tabaco pode interferir na sua consecução;
- Reanalise das razões pelas quais se fuma e discutir a validade desses motivos;
- Discussão de situações em que os estudantes foram confrontados com pressões para fumar e apresentar testemunhos sobre a forma como se lidou com a situação;
- Envolvimento dos estudantes em campanhas contra o tabaco e pela saúde.

A promoção e a adopção de estilos de vida saudáveis é também uma forma de dar continuidade aos esforços preventivos do consumo de tabaco, pois é uma forma de levar os estudantes a preocuparem-se com a saúde e com os factores que a podem pôr em risco ou que a podem promover, pelo que se sugere a implementação de programas transversais intensivos nos anos de maior risco, dando continuidade nos anos seguintes.

2.2.2 - Actividades Extra-curriculares

Precioso (2006), defende ainda a utilização das estratégias extracurriculares como a “*Turma sem fumadores*” e os Clubes “*Caça Cigarros*”.

A “*Turma sem fumadores*”, consiste num concurso a nível nacional e europeu no qual os estudantes de uma turma se comprometem a não fumar durante um determinado período de tempo e a desenvolver um conjunto de actividades sobre o consumo de tabaco. Aqueles que se mantiverem não fumadores durante esse período de tempo receberão prémios. É uma estratégia que utiliza incentivos (prémios) e que orienta e manipula a pressão do grupo para a manutenção da abstenção de fumar.

Os Clubes “*Caça Cigarros*” têm como objectivo reforçar a atitude dos estudantes a manterem-se não fumadores e a intervirem no seu ambiente familiar e comunitário, criando condições mais favoráveis ao controlo do tabaco.

O meio social dos adolescentes compreende os pais, os professores, pessoal não docente, líderes juvenis, grupo de pares e outros membros da comunidade.

O envolvimento dos pais nas acções preventivas é importante a vários níveis: para deixarem de constituir um mau exemplo para os filhos, para terem maior autoridade ao recomendarem aos filhos a adopção de comportamentos saudáveis, para se envolverem na prevenção do consumo de tabaco e para criarem um ambiente de apoio semelhante e coerente com o que é desenvolvido na escola (Precioso, 2006).

Neste contexto, deve-se explicar aos pais os malefícios de fumar e encorajá-los a deixar de o fazer, encaminhando-os para consultas de cessação tabágica. Aos pais devem ser encorajados a terem uma atitude positiva e não repressiva em relação ao consumo de tabaco pelos filhos, devendo estes, apresentar aos seus filhos os prejuízos do fumo e os benefícios de não fumar, devem acompanhar os filhos mais de perto e controlar melhor o dinheiro que lhes disponibilizam (Precioso, 2006).

Também a um nível mais alargado, na comunidade, deverão ser realizadas actividades no sentido de implementar e divulgar regras antitabágicas nos locais frequentados por jovens, publicidade na comunicação social regional/comunitária, actividades comunitárias sem tabaco, comemoração do Dia Mundial sem Tabaco e do Dia do Não Fumador.

A um nível mais global, o reforço das medidas legislativas para desencorajar o consumo de tabaco e para ampliar o número de instituições e espaços públicos livres de tabaco e promover o seu pleno cumprimento constituem importantes medidas complementares nesta causa.

Segundo Bandura (Precioso, 2006), a melhor forma de prevenir a iniciação do tabagismo pelos jovens é promover o abandono do tabaco por parte dos adultos que, podem constituir modelos para os mais novos e reforçar a ideia de que fumar não é um comportamento normal e socialmente aceite.

Nesta perspectiva, o médico e/ou o enfermeiro de família como estão permanentemente em contacto com os pais e família dos estudantes e com os próprios estudantes, deverão aproveitar todos os momentos para aconselhar eventuais fumadores a deixarem de o ser e canalizá-los para as consultas de cessação tabágica existentes, local ou regionalmente e deverão também envolver os pais na prevenção do consumo de tabaco pelos filhos e obviamente, os próprios jovens.

3 - PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DO TABAGISMO

A prevenção secundária do tabagismo, ou seja, o tratamento do tabagismo consiste no diagnóstico e tratamento do tabagismo e na eliminação do tabaco. Utiliza como metodologia uma abordagem breve ou uma intervenção de apoio intensivo, a consulta de cessação tabágica.

A área da cessação tabágica foi, durante bastante tempo um domínio pouco investido. Contudo, o crescente reconhecimento da magnitude dos efeitos nefastos associados ao consumo de tabaco, considerado a principal causa de morbilidade e mortalidade evitável nos países industrializados terá, efectivamente, contribuído para recolocar este problema de saúde pública, como área prioritária de acção, pelo sector da saúde (Backinger et al., 2010; Direcção Geral Saúde, 2004a; Fiore M, et al., 2009; Orleans, Mabry, & Abrams, 2010; Miguel Trigo, 2005; WHO, 2003).

Neste sentido, a Direcção Geral da Saúde (2005), no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, definiu duas importantes estratégias: a criação e desenvolvimento de consultas antitabágicas e a elaboração e divulgação de normas de boas práticas na abordagem antitabágica. Grandes têm sido os esforços desenvolvidos na sociedade portuguesa de modo a diminuir o impacto desta importante doença e factor de risco, um dos mais importantes, diz respeito à diminuição da prevalência de fumadores.

De modo a reunir recursos e organizar os meios para favorecer esta diminuição, o Plano Nacional de Saúde (Direcção Geral Saúde, 2004a, 2004b) estabeleceu as metas que se procuravam atingir até 2010. No entanto, segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2010), constata-se que nenhuma delas foi atingida, havendo mesmo um agravamento a nível de alguns indicadores. A prevalência de fumadores na população residente no Continente com mais de 15 anos, determinada a partir de dados do Instituto Nacional de Saúde 2005/2006, era de 20,9% traduzindo um aumento de 0,8% nas mulheres e uma redução de 1,8% nos homens, quando comparada com os dados obtidos em 1998 (Machado, Nicolau, & Dias, 2009a, 2009b). O uso do tabaco cresceu até ao grupo etário dos 25 aos 34 anos, reduzindo-se uniformemente a partir deste escalão, em ambos os géneros.

Na perspectiva de Nunes e colaboradores (2008), numa população de pessoas fumadoras estima-se que cerca de 70% gostariam de deixar de fumar se o pudessem fazer com facilidade. No entanto, nem todos os fumadores, num dado momento, estão realmente motivados e preparados para iniciar esse processo. Tendo por base o resultado de vários estudos sobre a distribuição dos fumadores em função dos diferentes estádios de mudança, estima-se que cerca de 30% fazem uma tentativa anual para parar de fumar.

Segundo Velicer e colaboradores, Etter e colaboradores (Nunes & al, 2008), num Centro e Saúde que abranja uma população de 100 mil habitantes existirão cerca de 20 a 25 mil fumadores, dependendo da respectiva pirâmide etária e prevalência do consumo, disposta a deixar de fumar.

Estima-se que a maioria se encontre em fase de pré-contemplação e de contemplação e que só cerca de 10% destes fumadores esteja em fase de preparação, o que corresponde a cerca de 2000 a 2500 fumadores. Destes, cerca de 20%, isto é entre 400 a 500, correspondem a situações mais complicadas, necessitando de apoio intensivo em consulta especializada. O que torna este processo, de cessação tabágica, muito complexo.

Segundo Nunes e colaboradores (2008) são muitos os benefícios para a saúde decorrentes da cessação tabágica que, se iniciam quase de imediato após o consumo do último cigarro e se continuam a manifestar ao longo dos anos:

- 20 minutos depois, o ritmo cardíaco diminui;
- 12 horas depois, o nível de monóxido de carbono no sangue regressa aos valores normais;
- 2 semanas a 3 meses depois, a ocorrência de tosse e dispneia diminuem;
- 1 ano depois, o risco de doença cardíaca coronária é metade do de um fumador;
- 5 anos depois, o risco de acidente vascular cerebral iguala o de um não-fumador;
- 10 anos depois, o risco de cancro do pulmão é cerca de metade do de um fumador. O risco de cancro da boca, faringe, esófago, bexiga, rim e pâncreas também diminui;
- 15 anos depois, o risco de doença cardíaca coronária é igual ao de um não-fumador.

Segundo Mezquita e colaboradores, Tonnesen e colaboradores (Emília Nunes & al, 2008), e Pisinger e colaboradores (Pisinger & Jorgensen, 2007; Pisinger, Vestbo, Borch-Johnsen, & Jorgensen, 2005b) existem vários factores que contribuem para o êxito do processo de cessação tabágica, dos quais se destacam o estilo de comunicação/relação de ajuda em consulta, as características pessoais do fumador (género e o nível educacional) e o grau de dependência tabágica (menor probabilidade de êxito em fumadores com elevada dependência). Relativamente ao género alguns estudos revelam menor probabilidade de êxito na mulher, pela preocupação com o aumento de peso. No que se refere ao nível educacional verifica-se maior probabilidade de êxito em fumadores com nível de instrução superior. Também se verifica uma maior probabilidade de êxito em fumadores que já fizeram tentativas anteriores e que nesta tentativa não tenham recaído nas duas semanas após o dia D (dia escolhido para deixar de fumar).

Segundo Caponnetto e Polosa (2008), vários são os factores conhecidos que traduzem maior probabilidade de um fumador ter sucesso na cessação tabágica como: o início tardio do tabagismo, a longa duração da tentativa anterior de deixar de fumar, a ausência de depressão e ansiedade, a baixa a moderada dependência da nicotina, a ausência de problemas com o álcool, nível sustentado de motivação, ser casado, não ter outros fumadores no domicílio e/ou no trabalho.

Os resultados de um estudo realizado por Kauffman e colaboradores (2008a), revelam que, aqueles que são mais velhos, estão casados e têm um nível educacional superior, ou de um status socioeconómico mais elevado têm mais probabilidade de interromper o uso do tabaco.

O alheamento e a não intervenção do sistema de saúde relativamente a este problema tem um custo elevado, em termos de doença evitável, vidas perdidas e custos económicos. Na realidade, segundo vários autores é difícil identificar outro problema que represente uma ameaça para a saúde tão significativa, e em que existam intervenções tão eficazes e prontamente acessíveis mas, cujos serviços de saúde, intervenham de forma tão inconsistente (Backinger, et al., 2010; Nunes, et al., 2008; Orleans, et al., 2010).

Mais do que nunca os consumidores de tabaco não podem ser entregues a si próprios, devem ser activamente encorajados e ajudados, devendo ser-lhes oferecidas as várias modalidades de tratamento (quer farmacológicas, quer de aconselhamento) que os dados disponíveis informam ser eficazes (Fiore M, et al., 2009; WHO, 2003).

Na realidade, o tratamento de fumadores constitui não apenas uma das principais medidas preventivas em saúde pública, como também um desafio complexo que exige colaboração entre os vários profissionais envolvidos e entre os diferentes níveis de intervenção.

Na abordagem clínica do fumador distinguem-se dois tipos de intervenção (Fiore, et al., 2009; Nunes & al, 2008):

- Uma intervenção oportunista, em que se aproveitam todos os contactos do cliente com o profissional da saúde para abordar o problema do tabagismo e, no caso de clientes fumadores, para se realizar **uma intervenção breve** (visa ajudar a pessoa fumadora a parar, baseia-se numa abordagem de curta duração que, contempla a avaliação do consumo de tabaco e da motivação do fumador para parar, bem como estratégias no sentido da mudança do comportamento);
- **Uma intervenção de apoio intensivo** que, requer uma abordagem mais demorada, com várias sessões, em contexto de consulta programada para o efeito, por profissionais habilitados e treinados.

Também segundo Fiore e colaboradores (2009) as intervenções individuais, em grupo e o aconselhamento por telefone, mostram-se eficazes e essa eficácia aumenta com a intensidade do tratamento. Dois componentes de aconselhamento importantes são o aconselhamento experiente e prático com o envolvimento da rede social de apoio.

O uso do tabaco será a principal causa mundial de morte prematura e de incapacidade no prazo de 20 anos, excepto se as tendências forem invertidas. Muitas oportunidades para reduzir esta epidemia são perdidas ao nível dos cuidados de saúde primários. Segundo os *Primary Care Internacional Respiratory Group* (IPCRG) é chegada a altura de utilizarmos uma nova abordagem com base em fortes indícios de intervenções eficazes. Os profissionais da saúde podem aumentar as taxas de abandono do tabagismo, mesmo quando o tempo e os recursos são limitados. Pessoal médico e não médico pode apoiar utentes que optam por sair pela prestação de informações, encaminhamento por telefone, serviços de consultoria e aconselhamento

comportamental por meio de técnicas de entrevista motivacional, onde os recursos o permitam. A terapia medicamentosa para a dependência da nicotina pode melhorar significativamente as hipóteses dos pacientes de sair com êxito, e é recomendado para pessoas que fumam 10 cigarros ou mais por dia. Todas as intervenções devem ser adaptadas às circunstâncias do indivíduo e atitudes (Schayck et al., 2008).

3.1 – INTERVENÇÃO BREVE

A intervenção breve pode ser realizada por qualquer profissional da saúde a todos os pacientes e de forma repetida (Cornuz, 2007; Fiore, et al., 2009; Schane, Glantz, & Ling, 2009). Um estudo realizado por Kaplan e colaboradores (2002) revela que o contacto do paciente com os prestadores de cuidados de saúde está fortemente associado negativamente com o tabagismo.

Num estudo realizado por Garcia e colaboradores (2009) verificou-se que, uma intervenção breve, realizada em internamento hospitalar, dirigida a doentes com patologia cardiovascular, mostrou eficácia na cessação tabágica após internamento (1, 3, 9 e 12 meses de seguimento com taxas de abstinência de 71,4%, 67,2%, 64,1% e 62,2%, respectivamente). No entanto, apesar da associação do consumo de tabaco a morbilidades, num estudo realizado por McClure (2009) concluiu-se que, as avaliações de risco (associadas a doenças) e o aconselhamento motivacional breve não mostraram ser componentes de uma intervenção eficaz para a cessação tabágica.

A intervenção breve prevê o cumprimento de cinco passos, “5 Ás”: abordar, aconselhar, avaliar, ajudar e acompanhar (Cornuz, 2007; Fiore, et al., 2009; Nunes & al, 2008; Rebelo, 2004; Simmons et al., 2009):

- **Abordar hábitos** - abordar e identificar sistematicamente todos os fumadores, registando no processo clínico;
- **Aconselhar a parar** - aconselhar todos os fumadores a parar de modo claro e firme, informando sobre os riscos que aquele fumador, naquela circunstância, corre se continuar a fumar e os benefícios pessoais em parar;
- **Avaliar a motivação** - avaliar se há ou não interesse em parar no mês ou nos seis meses seguintes. Se fumador motivado, continua-se a intervenção;
- **Ajudar na tentativa** - para os que estão preparados para abandonar o tabaco, é aconselhável marcar uma data para deixar de fumar, o dia D, o dia sem cigarros. É desejável fornecer informação prática acerca das estratégias para ultrapassar problemas.
- **Acompanhar** - programar o seguimento após o dia D, com o objectivo de prevenir a ocorrência de Recidiva.

Na realidade a área da cessação tabágica apresenta-se com dificuldades acrescidas, na medida em que, é uma área que tem de trabalhar com os desafios intrínsecos relativos ao processo de mudança. Constituem exemplos dessas dificuldades:

- Muitos fumadores não reconhecem ter um problema de saúde, minimizando a importância da sua dependência, recusando a sua própria vulnerabilidade ou evocando justificações infundadas, com enviesamentos cognitivos (racionalização, negação, atenção e abstracção selectiva);
- Outros fumadores, apesar de pretenderem deixar de fumar, optam por não recorrer a qualquer ajuda especializada;
- Existem, ainda, fumadores que não estão sequer receptivos a falar sobre o assunto e muitos fazem uma escolha pelo prazer, em detrimento da saúde.

De facto, muitas vezes, deparamo-nos com situações em que os próprios utentes que, por falta de motivação ou outra razão, não desejam efectivamente deixar de fumar. Neste contexto, Fiore e Westman (2005), Fiore e colaboradores (2009) sugerem alguns passos estratégicos para actuar em utentes que não desejam deixar de fumar – “5 Rs”:

- **Relevância** – Solicitar aos utentes para identificarem as razões pessoais pelas quais deviam deixar de fumar;
- **Riscos** – Salientar os riscos que são mais relevantes:
 - Curto prazo (dificuldade em respirar e o aumento dos níveis séricos de monóxido de carbono),
 - Longo prazo (o enfarte do miocárdio, o acidente vascular cerebral, outra patologia vascular e o cancro),
 - Riscos ambientais (exposição dos membros da família ao tabagismo passivo que, pode causar cancro do pulmão, doença cardíaca e infecções respiratórias);
- **Recompensas** – Salientar os benefícios de deixar de fumar: melhoria da saúde, o facto de dar um bom exemplo às crianças, a poupança de dinheiro, a redução do envelhecimento cutâneo e do aparecimento de rugas e a eliminação da tosse do fumador e do cheiro do tabaco nas roupas;
- **Resistências - Entraves** – Reconhecer as barreiras para deixar de fumar (sintomas de privação, o aumento de peso e o receio de falhar) e proporcionar aos utentes recursos/estratégias para os ultrapassar;
- **Repetição** – Repetir algumas intervenções ao longo das consultas.

De facto, a decisão de parar de fumar não constitui uma escolha dicotómica. Resulta de um processo contínuo e complexo, marcado por recuos e avanços, ambivalência e decisões, receios e actos de coragem. Parte significativa desta tomada de decisão não depende sequer de

argumentos racionais, mas de circuitos cognitivos irracionais e de desejos/angústias inconscientes. Por outro lado, os fumadores utilizam os cigarros como fonte de prazer e/ou mecanismo para auto-regulação dos estados emocionais, sendo bem conhecido o efeito bifásico da nicotina (activação-estimulação versus desactivação-sedacção) (Wewers et al, in Trigo, 2005).

É de salientar ainda que, no caso dos “fumadores mais pesados”, a resposta do organismo à privação constitui mais um obstáculo a superar, neste contexto não se trata apenas de repor os níveis de nicotina no organismo, mas também de procurar o efeito sedativo que protege o fumador de sentir o desconforto físico da privação.

Para Dryden (Miguel Trigo, 2005), deixar os cigarros é uma das decisões mais importantes e difíceis de tomar na vida. Na realidade, não fumar, implica rejeitar uma gratificação imediata e certa, por um sofrimento que se vislumbra longo e penoso, pelo que a motivação desempenha nesta medida um papel chave.

Segundo Trigo (2005), o primeiro passo no tratamento do tabagismo consiste, precisamente, em identificar os fumadores e identificar o seu nível de dependência de nicotina, a concentração de monóxido de carbono (ppm) e a motivação para deixar de fumar.

O doseamento do monóxido de carbono, da carbo-hemoglobina, a cotinina e o tiocianato constituem diversos biomarcadores da exposição ao fumo do tabaco que nos permitem avaliar o grau de exposição ao mesmo (Nunes & al, 2008).

O monóxido de carbono medido no ar expirado é um indicador da inalação do fumo de tabaco nas quatro a seis horas prévias, facilmente mensurável com recurso a um medidor específico para o efeito. Apesar de ser o menos específico, dada a possibilidade de inalação deste gás no ar poluído dos escapes automóveis ou pelo fumo de lareiras, é o de mais fácil utilização. O monóxido de carbono é avaliado em partículas por milhão no ar expirado. O doseamento da carboxi-hemoglobina, habitualmente elevada nos fumadores, pode também dar indicações quanto ao nível de exposição. A cotinina, principal metabolito da nicotina, pode ser medida no sangue, urina e saliva. Constitui um excelente indicador de exposição ao fumo do tabaco, dada a sua especificidade à nicotina. O tiocianato, metabolito do ácido cianídrico existente no fumo de tabaco, pode também ser doseado no sangue, urina e saliva.

Para deixar de fumar é útil ainda um nível elevado de estoicismo, mas só não chega. Muitos fumadores cheios de vontade cedem ao desejo, quer perante adversidades e circunstâncias da vida, quer como meio de evitar o desconforto dos sintomas de privação. Assim, a indução e manutenção dos níveis de motivação para mudar dependem de factores diversos como o sentimento de competência e controlo pessoal, tolerância à frustração, controlo do impulso ou o planeamento de comportamentos substitutos do ritual mão-boca. De facto, está aqui em causa o nível de confiança pessoal para empreender estas mudanças.

É de referir, ainda que, a motivação, não resulta apenas de um elevado sentimento de confiança, mas também de uma percepção consistente acerca da importância a operar numa perspectiva futurista.

Neste processo é imprescindível o papel do profissional da saúde, para escutar, aconselhar, negociar, discutir, motivar, falar e numa fase final, de capacitar para o autocontrolo e autonomia, de forma que o utente fumador, reaprenda a ser não fumador e desaprenda a ser fumador, num processo lento e contínuo de parceria com o profissional da saúde.

De facto, o percurso de cessação tabágica, constitui um processo em que se aprende a mudar e a manter a mudança, investindo em cuidados pessoais, em estilos de vida equilibrados e em gratificações não destrutivas.

Segundo vários autores, os programas mais eficazes incluem vários componentes como a entrevista, programa de cessação tabágica, equilíbrio dos estilos de vida, prevenção da recaída e medicação específica para a cessação tabágica, realizada por equipas multidisciplinares e contactos face a face, baseados numa aliança terapêutica forte (empatia, confiança, personalização e aceitação incondicional). Ainda, segundo os autores, existem por outro lado, opções por estratégias de tratamento que devem ser partilhadas com o fumador, designadamente a opção entre a abordagem individual versus grupo, redução gradual de ingestão de nicotina versus paragem abrupta ou o tipo de terapia de substituição de nicotina (Fiore M, et al., 2009; Nunes, et al., 2008; Trigo, 2005; WHO, 2002, 2003).

Um outro aspecto importante a reter é que a morbilidade psicopatológica é mais elevada entre os fumadores que na população em geral. Segundo Anda e colaboradores e Breslau (Trigo, 2005) cerca de 30% das pessoas que procuram programas de cessação apresentam história de depressão e 20% de abuso ou dependência de álcool. Existem ainda, outras populações psiquiátricas que revelam ainda maior prevalência de tabagismo designadamente a esquizofrenia (88%), a doença bipolar (61%), a dependência e abuso do álcool (56%), a agorafobia (48%) e a depressão major (45%) (Lasser, in Trigo, 2005).

Neste sentido, ao equacionar os problemas do foro psicopatológico e do duplo diagnóstico (dependência nicotínica versus perturbação emocional, quadros psiquiátricos e dependência de outras substâncias), é inevitável ponderar sobre os critérios de inclusão dos fumadores em programas de cessação tabágica. De facto, segundo Trigo (2005), muitos pedidos de ajuda para deixar de fumar constituem uma porta de entrada, atrás da qual se escondem outras necessidades subjectivas.

3.2 – INTERVENÇÃO DE APOIO INTENSIVO

A intervenção de apoio intensivo assenta numa abordagem programada ao longo de vários meses, realizada em consulta específica para o efeito. Este tipo de intervenção possibilita um maior tempo de interacção entre o profissional de saúde e o cliente, aumentando desta forma a taxa de sucesso da cessação tabágica. Terão acesso a esta intervenção todos os fumadores que não tenham cessado o consumo após tentativa apoiada por intervenção breve.

Um programa estruturado e de apoio intensivo ao fumador inclui um conjunto de abordagens de natureza comportamental e medicamentosa assentes numa compreensão global da pessoa que fuma, no seu contexto pessoal, familiar e profissional, bem como nas motivações e barreiras sentidas no processo de mudança, como é o caso do modelo que a seguir se apresenta.

Consulta de Cessação Tabágica baseada no Modelo de Intervenção Motivacional, Apoio Comportamental e Farmacológico de Santos (2006)

Os programas de cessação não se podem centrar apenas no controlo inicial do impulso/urgência e no desejo de consumir, uma vez que a curva de recuperação descreve uma trajetória irregular, pautada por lapsos, recaídas e colapsos, ao invés de seguir uma variação estável, linear e dicotómica (abstinente vs. não abstinente). Por “lapso” entende-se “dar uma passa” ou fumar o resto de um cigarro, acender um cigarro e apagá-lo logo a seguir ou pensar que nunca se sentirá bem sem fumar. “Recair” implica recomeçar a fumar e, por vezes, de maneira ainda mais pesada do que anteriormente. O “colapso” é a forma mais grave de retrocesso, envolvendo a perda de esperança na cessação e/ou deixar de querer parar. Na história de um ex-fumador é habitual encontrar vários lapsos, recaídas e até colapsos (Fiore M, et al., 2009). Desta forma, controlar o consumo do tabaco não é uma tarefa instantânea, mas um processo gradual que exige tempo, energia, investimento pessoal e acumulação de aprendizagens pelo indivíduo.

De facto, a dependência de substâncias não depende tanto do efeito químico da droga sobre o metabolismo, mas do comportamento das pessoas em relação aos psicoactivos, como a capacidade para lidar com as expectativas de gratificação associadas ao consumo, da tolerância à frustração, da aprendizagem de novas competências, do reajustamento de novas competências, do reajustamento dos estilos de vida, da capacidade para lidar com a fadiga e da reabilitação e reintegração psicossocial (WHO, 2002, 2003).

Nesta perspectiva, existem vários modelos utilizados por vários autores que explicam o processo de cessação/desabituação tabágica, de que a seguir se abordará dando particular importância ao modelo de intervenção motivacional de Santos.

O modelo de Piasecki e colaboradores (2002) é um modelo que explica dois períodos no processo de cessação nicotínica: o “período de cessação” que inclui os primeiros sete dias após parar e o “período da susceptibilidade de recaída” que abrange o tempo subsequente de abstinência. Cada período envolve tarefas que podem ser descritas como “vagas de risco”. Durante o período de cessação surge a primeira vaga, com o despoletar dos sintomas físicos de privação. À medida que se instala o período da susceptibilidade surge o confronto com os factores de stress e as tentações. Posteriormente vem a derradeira vaga que traz a fadiga da cessação, o cansaço em manter a abstinência e, eventualmente, o desvanecimento do objectivo inicial de parar.

Neste modelo, a fadiga constitui um critério de propensão para a recaída. São sinais comuns de fadiga a perda da motivação e esperança no sucesso em parar, a exaustão dos recursos de auto-controlo, a redução do uso de estratégias de confronto e um baixo sentimento de auto-eficácia. Segundo os autores, inicialmente verifica-se uma aparente elevada eficácia do tratamento, seguido de gradual diluição desse efeito (Santos, 2006).

Também Polivy e Herman (Trigo, 2006) referem-se ao fenómeno da recaída após tratamento como “a síndrome da falsa esperança”, caracterizada como sendo um fenómeno psicológico constituído por um ciclo de falhanços, seguido de interpretações apaziguadoras sobre as razões subsequentes à falha que, por sua vez, reinvestem expectativas positivas e conduzem a novas tentativas.

De facto, a mudança e recuperação da dependência de substâncias deve ser encarada, numa perspectiva desenvolvimentista com seis estádios de recuperação que são: a transição, a estabilização, a recuperação precoce, a recuperação intermédia, a recuperação tardia e a manutenção. Contudo os estádios de mudança mais conhecidos e cientificamente fundamentados são os do modelo transteórico de mudança de que à frente se abordará, na descrição da consulta de cessação tabágica (Gorski, 2000).

Na perspectiva de Santos (2006, p.255), o profissional da saúde tem um papel não directivo, isto é, em vez de fornecer soluções e sugestões para se deixar de fumar, “(...) *oferece condições que proporcionam ao fumador o espaço necessário para uma evolução natural no sentido do abandono do tabagismo, ao mesmo tempo que mantém uma direcção e escolhe o momento certo para intervir.*”.

De facto, ainda num passado relativamente recente, a prática clínica tinha uma perspectiva da motivação como algo praticamente imutável, isto é, ou o indivíduo estava motivado para o tratamento e nestas condições o profissional da saúde tinha uma intervenção pré-definida a desempenhar, ou a pessoa não estava motivada e então a ajuda profissional não era possível.

A intervenção motivacional é um estilo de aconselhamento directivo, centrado no cliente que, visa estimular a mudança do comportamento ajudando os clientes a explorar e resolver a sua ambivalência (Morchón, Blasco, Rovira, Arias, & Ramón, 2001; Santos, 2006).

Neste contexto, a motivação deve ser entendida como a capacidade de uma pessoa se envolver e aderir a uma estratégia específica de mudança. A motivação não deve ser entendida como um traço de personalidade ou um aspecto estático do carácter de um indivíduo, mas antes como um estado de prontidão ou vontade de mudança que, pode flutuar de um momento para o outro.

O modelo de intervenção motivacional de Santos (2006) baseia-se em dois conceitos essenciais: a **ambivalência** que, significa, segundo o autor, a experiência de um conflito psicológico para decidir entre continuar e parar de fumar, e a **prontidão para a mudança**, baseada no modelo de “Estádios de Mudança”, desenvolvido por Prochaska e DiClemente (1982), onde consta que a mudança se faz através de um processo que passa por diferentes estadios com características próprias.

Na perspectiva de Nunes e colaboradores (2008), constituem objectivos da entrevista motivacional:

- Aumentar a consciência do problema (sentido da importância do problema e necessidade de mudar);
- Explorar e resolver a ambivalência;
- Ajudar a ultrapassar os obstáculos - reforçar a auto-eficácia;
- Apoiar o processo de tomada de decisão para a mudança.

Para Miller e Rollnick (Nunes & al, 2008), Fiore e colaboradores (2009) a entrevista motivacional baseia-se em quatro princípios:

- Expressar empatia – aceitar a pessoa, compreender as suas dificuldades e evitar a argumentação. O confronto é sempre contraproducente, apenas contribuindo para aumentar as resistências à mudança;
- Fazer emergir as discrepâncias – é importante que a pessoa tenha consciência da discrepância entre as consequências de continuar a fumar e as razões que levaram a querer parar, isto é, a discrepância entre a realidade actual e a que se gostaria de alcançar;
- Lidar com as resistências – O profissional da saúde deve procurar “não lutar” com o cliente, devendo antes estabelecer uma comunicação empática e colaborante. O cliente deve ser estimulado a reflectir sobre as formas alternativas de contornar os obstáculos e alcançar com sucesso os seus objectivos de mudança;
- Reforçar auto-eficácia – a convicção de que se é capaz de mudar é uma condição essencial para que o processo de mudança seja bem sucedido.

Um aspecto que se torna muito importante, no processo de cessação tabágica, é referido por Filho (Santos, 2006), como a diferença entre a motivação necessária para começar a questionar um comportamento e a necessária para alcançar a mudança e ainda a necessária para manter uma mudança alcançada. No entanto, embora em configurações diferentes, a motivação premeia todo o processo de mudança, sendo necessária em todas as etapas a percorrer.

Assim, para ocorrer a mudança, isto é, para o fumador percorrer todas as fases necessárias até se encontrar num estado de não fumador, ele terá que estar motivado, empenhado e determinado no processo de mudança, sendo que, neste contexto, os profissionais da saúde têm um papel de impulsionadores, de coadjuvantes, de consultores neste processo de motivação para a mudança comportamental que se requer.

Nunes e colaboradores (2008), propõem um programa de cessação tabágica, com base no modelo de mudança comportamental, estruturado em quatro a seis consultas e três a quatro contactos telefónicos. De forma semelhante Santos (2006), propõe uma abordagem por etapas diferenciadas do processo de mudança da cessação tabágica, onde combina a intervenção

motivacional ao apoio comportamental e farmacológico, numa consulta estruturada em três encontros clínicos e cinco contactos telefónicos.

Segundo Santos (2006), em contexto da primeira consulta de cessação tabágica, no contacto com o secretariado é entregue ao indivíduo fumador uma folha de auto-preenchimento (duração prevista de 10 a 15 minutos), com os seguintes itens:

- Dados pessoais;
- História tabágica;
- Hábitos alimentares e alcoólicos;
- Outras dependências;
- Avaliação da dependência psicológica e comportamental;
- Avaliação da motivação para parar de fumar com aplicação do teste de Richmond

(Richmond, Kehoe, & Webster, 1993) (Quadro 1).

Quadro 1 - Motivação para parar de fumar Teste de *Richmond*

| | | |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------|---|
| 1) Gostava de deixar de fumar se o pudesse fazer com facilidade? | Sim | 1 |
| | Não | 0 |
| 2) Quantifique o seu interesse em deixar de fumar | Não tenho interesse | 0 |
| | Ligeiro | 1 |
| | Moderado | 2 |
| | Intenso | 3 |
| 3) Vai tentar deixar de fumar nas duas próximas semanas | Não de certeza | 0 |
| | Talvez não | 1 |
| | Talvez sim | 2 |
| | Sim de certeza | 3 |
| 4) Qual a sua possibilidade de ser ex-fumador nos próximos 6 meses? | Não de certeza | 0 |
| | Talvez não | 1 |
| | Talvez sim | 2 |
| | Sim de certeza | 3 |

Nota: Grau de Motivação: 0-6 baixa; 7-9 moderada; 10 elevada (Richmond, et al., 1993)

Esta informação é fornecida à enfermeira na primeira consulta. O sucesso do programa de cessação tabágica, na perspectiva de Santos (2006), Nunes e colaboradores (2008) depende do balanço entre a motivação do fumador para parar e o grau de dependência de nicotina. Assim, é da responsabilidade dos profissionais da saúde (médico e enfermeiro), na primeira consulta, desenvolver as seguintes actividades (duração prevista de 60 minutos):

- Acolhimento;
- Revisão em conjunto com o cliente da informação auto-preenchida;
- Avaliação das razões que levam ao tabagismo e aquelas que motivam o abandono;

- Avaliação da dependência física (aplicação do Teste de Fagerstrom de dependência de nicotina - Quadro 2);
- Avaliação dos dados antropométricos, da pressão arterial e doseamento de monóxido de carbono (CO);
- Avaliação do estágio de prontidão para a mudança (estádios de mudança de Prochaska e DiClemente);
- Avaliação dos apoios sociais e familiares;
- Ensino relativo aos malefícios do tabaco e benefícios da cessação tabágica;
- Fornecimento de folhetos informativos e expressão directa da vontade de ajudar.

Quadro 2 – Teste de Fagerström de Dependência de Nicotina (FTND)

| | | |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------|---|
| 1) Quanto tempo depois de acordar fuma o primeiro cigarro? | Primeiros 5 minutos | 3 |
| | 6-30 minutos | 2 |
| | 31-60 minutos | 1 |
| | Mais de 60 minutos | 0 |
| 2) Tem dificuldade em não fumar em locais onde é proibido? | Sim | 1 |
| | Não | 0 |
| 3) Qual o cigarro que mais lhe custa não fumar? | Primeiro da manhã | 1 |
| | Outro | 0 |
| 4) Quantos cigarros fuma por dia? | 31 ou mais | 3 |
| | 21 a 30 | 2 |
| | 11 a 20 | 1 |
| | 10 ou menos | 0 |
| 5) Fuma mais nas primeiras horas após acordar que no resto do dia? | Sim | 1 |
| | Não | 0 |
| 6) Mesmo quando está tão doente que está de cama, fuma? | Sim | 1 |
| | Não | 0 |

Nota: Graduação da dependência da nicotina: < 4 baixa; 4-7 moderada; > 7 elevada (Heatherton, Kozlowski, Frecker, & Fagerstrom, 1991)

Nesta consulta, o médico procede ao pedido de exames auxiliares de diagnóstico (dados analíticos, electrocardiograma e Raios X ao tórax, entre outros).

A importância da avaliação da dependência física através do Teste de Fagerstrom, possui valor prognóstico no processo de cessação tabágica e a avaliação da motivação (teste de Richmond), como aspectos de avaliação inicial é decisivo, porque a abordagem terapêutica utilizada, segundo Santos (2006), não tem eficácia nos fumadores não motivados.

De facto, a motivação para parar de fumar resulta de dois factores: a importância atribuída à mudança de comportamento e a percepção da capacidade para mudar (autoconfiança ou auto-eficácia). A avaliação da importância e da confiança pode ser efectuada com o auxílio de uma escala analógica de 1 a 10. Em que se questiona ao cliente: “Numa escala de 1 a 10 que,

importância tem para si deixar de fumar?” e “No caso de estar decidido a parar de fumar, como quantifica, numa escala de 1 a 10, a sua confiança de que vai conseguir?” Com a mesma finalidade, aplica-se o teste quantitativo de Richmond.

Porque a abordagem motivacional deve ser adaptada a cada estágio de mudança, outro aspecto essencial no primeiro contacto presencial e durante todo o processo, é conhecer o posicionamento (estádio de mudança) do indivíduo fumador no **Modelo Transteórico de Mudança** (Prochaska e DiClemente, 1982):

- Estádio de pré-contemplação;
- Contemplação;
- Preparação;
- Acção;
- Manutenção;
- Recaída.

Esta avaliação, na perspectiva de Santos (2006), ajuda o profissional de saúde a programar o processo de cessação tabágica, no sentido de modificar o comportamento prejudicial e fazer uso de uma intervenção motivacional com suporte comportamental adequado para a mudança de estágio.

Estádio de Pré-Contemplação e Contemplação:

A entrada para o processo de mudança é o estágio de pré-contemplação, onde o indivíduo ainda não considera a mudança e não encara o seu comportamento como um problema.

Quando o indivíduo tem alguma consciência sobre a sua dependência, o fumador entra no estágio seguinte, o da contemplação. A capacidade da pessoa entender a sua ambivalência é o sinal da passagem para o estágio de contemplação, onde o indivíduo está mais consciente do conflito e até com mais ambivalência (Morchón, et al., 2001; Santos, 2006).

O contemplador considera a mudança ao mesmo tempo que a rejeita, e é nesta fase que a ambivalência, estando na sua expressão máxima, deve ser trabalhada para possibilitar uma mudança de atitude em direcção à decisão de mudar. Para isso é fundamental, entender como a ambivalência actua naquele indivíduo em particular, ou seja, quais as partes do conflito, sem de antemão as antecipar. É importante ouvir atentamente o indivíduo, utilizando simultaneamente frases que provocam “falas de mudança”, para definir as motivações e expectativas relativas à mudança.

Segundo Iller e Rollnick (Santos, 2006), nesta fase inicial, onde se promove a motivação para mudar, deve ter-se particular atenção às seguintes técnicas de entrevista:

- Fazer perguntas abertas num ambiente de aceitação e confiança, para permitir ao indivíduo explorar os seus problemas;

- Dar respostas reflexivas facilitando as expressões verbais de mudança e diminuindo a resistência;
- Reassegurar apoio ao indivíduo;
- Sintetizar no sentido de fazer pontes entre várias ideias abordadas;
- Estimular afirmações de auto-motivação.

Se ocorrer uma segunda consulta, nesta fase da mudança propõe-se, além da colheita da história clínica relevante para o processo de cessação tabágica que, o profissional da saúde conheça as razões que levam o fumador a estar resistente à mudança (falta de informação sobre os efeitos nocivos do tabaco, desconhecimento dos benefícios em parar, medos e crenças sobre a cessação, desmoralização após dificuldades em tentativas anteriores de baixa auto-estima) e entre outros aspectos desenvolva as seguintes actividades (duração prevista de 30 minutos) (Santos, 2006):

- Colheita da história clínica: problemas de saúde, terapêutica e factores de risco, resistências e recompensas;
- Leitura e análise dos exames auxiliares de diagnóstico solicitados;
- Discussão dos resultados das avaliações realizadas na primeira consulta;
- Reavaliação do posicionamento do indivíduo no Modelo Transteórico de Mudança;
- Auxílio na avaliação de riscos e recompensas potenciais da suspensão do tabaco;
- Informação básica acerca do processo de cessação tabágica;
- Identificação de acontecimentos, estados de espírito ou actividades que aumentam o risco de fumar ou recair;
- Identificação e treino de aptidões de resolução de problemas;
- Apresentação da abordagem terapêutica (no estágio de preparação).

Na perspectiva de Soares e Vaz Carneiro (Santos, 2006) constituem tópicos de suporte intra-tratamento que devem ser considerados nesta consulta:

- Avaliar os riscos, resistências e recompensas potenciais da suspensão do tabaco;
- Fornecer informação básica acerca do processo de cessação tabágica. Salientar que, qualquer contacto com o tabaco (mesmo uma simples inalação), aumenta a probabilidade de recaída; a abstinência atinge a máxima intensidade, uma a três semanas após o abandono; mencionar os sintomas de abstinência mais comuns (humor negativo, desejos de fumar e dificuldade de concentração);
- Identificar os acontecimentos, estados de espírito ou actividades que aumentem o risco de fumar ou recair: afecto negativo, estar perto de outros fumadores, ingerir álcool, sentir desejos de fumar e stress relacionado com a pressão do tempo;

- Identificar e treinar com o indivíduo aptidões de resolução de problemas: aprender a prever e evitar a tentação, aprender estratégias cognitivas para evitar os humores negativos e para combater os desejos de fumar e introduzir alterações nos estilos de vida de modo a diminuir o stress e produzir prazer;
- Apresentar abordagem terapêutica, se o fumador estiver já em fase de preparação. Nesta fase, o profissional da saúde deve encorajar o uso de farmacoterapia e explicar ao doente de que modo estes fármacos aumentam a taxa de sucesso de abandono do hábito de fumar.

Uma vez a ambivalência trabalhada, entendida e ultrapassada, o indivíduo passa para o estágio de preparação, onde o fumador está decidido e comprometido a mudar. Nesta fase, a pessoa está pronta para mudar e o principal objectivo é auxiliar o fumador a confirmar e justificar a decisão de mudança já efectuada (Prochaska & DiClemente, 1982; Santos, 2006).

Estádio de Preparação

Na fase de preparação o fumador encontra-se entre a contemplação e a acção e prepara-se para deixar de fumar no próximo mês. Isto não significa que a ambiguidade do indivíduo esteja completamente resolvida. Se o fumador já fez outras tentativas, utiliza as experiências passadas e toda a aprendizagem que retirou das mesmas e começa a desenvolver um plano de acção.

Neste estágio um aspecto importante é desenhar um plano negociado com a pessoa, respeitando sempre os seus tempos, com objectivos concretos, colocando mesmo no papel o plano em si, com datas, terapêutica prescrita, resultados esperados, dificuldades possíveis e como e quem procurar em caso de necessidade. Neste momento, o indivíduo está no estágio de acção que, começa simbolicamente no dia em que determinou para o início do Dia D (dia em que se decide deixar de fumar).

As orientações para a prática do *US Public Health Service* (PHS) acerca do Tratamento do Consumo e Dependência do Tabaco, aconselham que seja proporcionada uma terapêutica farmacológica a todos os fumadores que desejem deixar de fumar, excepto aos que fumam menos de 10 cigarros por dia, às mulheres grávidas ou a amamentar e aos adolescentes fumadores. Uma vez que a dependência do tabaco preenche claramente todos os critérios para uma toxicodependência, torna-se inapropriado reservar a terapêutica farmacológica até os doentes terem tentado deixar de fumar por eles próprios, uma vez que 95% destas tentativas para deixar de fumar sem ajuda acabam por fracassar (Fiore, et al., 2009; Fiore & Westman, 2005; WHO, 2003).

Um aspecto importante é conceber um plano negociado e acordado com o fumador onde sejam discutidos os objectivos, as datas, a terapêutica prescrita, os resultados esperados, dificuldades possíveis e quem procurar em caso de necessidade. Após esta negociação, o cliente passa notoriamente para o estágio de acção.

É actualmente consensual que os fumadores que queiram deixar de fumar, em particular os que têm consumos médios acima de dez cigarros por dia, devem ser encorajados a usar terapêutica farmacológica, pois o sucesso da abstinência tabágica aumenta significativamente (Cornuz, 2007).

Os fármacos actualmente recomendados na cessação tabágica podem classificar-se como de primeira e segunda linha, consoante apresentam maior ou menor eficácia e mais ou menos efeitos secundários (Quadro 3).

Assim, as terapêuticas farmacológicas de primeira linha recomendadas são as seguintes (Fiore, et al., 2009; WHO, 2003; Wu, Wilson, Dimoulas, & Mills, 2006):

- A vareniclina;
- A bupropiona de libertação sustida (SR);
- Os adesivos de nicotina;
- O polacrilex de nicotina (pastilha elástica);
- O inalador de nicotina;
- O pulverizador nasal de nicotina.

As terapêuticas de segunda linha recomendadas são as seguintes:

- A clonidina;
- A nortriptilina.

Quadro 3 – Terapêutica farmacológica indicada para a Cessação Tabágica

| | Precauções/ contra- indicações | Efeitos secundários | Posologia | Duração |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| TERAPÊUTICAS DE PRIMEIRA LINHA | | | | |
| Bupropiona, libertação sustida | História de convulsões ou de perturbação da alimentação | Insónias, boca seca | 150 mg todas as manhãs durante três dias, depois 150 mg 2 vezes/dia (inicie o tratamento 1-2 semanas antes da abstinência) | 7 a 12 semanas; manutenção até 6 meses |
| Vareniclina | - | Náuseas, cefaleias, insónias | Dia 1-3: 0,5 mg/id; Dia 4-7: 0,5 mg 2/id Dias 8: 1 mg 2/id | 12 semanas |
| Pastilha elástica de nicotina | - | Hipersensibilidade oral, dispepsia | 1-24 cigarros: pastilha elástica de 2 mg (≤ 24 unidades/dia); > 25 cigarros: pastilha elástica de 4mg (≤ 24 unidades/dia) | ≤ 12 semanas |
| Inalador de nicotina | - | Irritação local de boca e da orofaringe | 6-16 recargas/ dia | ≤ 6 meses |
| Pulverizador oral de nicotina | - | Irritação nasal | 8-40 doses/dia | 3-6 meses |
| Sistemas transdérmicos de nicotina | - | Reacção cutânea local, insónias | Uso de 24 horas: 7, 14 e 21 mg/dia Uso de 16 horas: 5, 10 e 15 mg/dia | Uso de 24 horas: 2-4 meses; Uso de 16 horas: 6 semanas |
| Pastilhas de nicotina | - | Dispepsia, cefaleias, insónias, irritação da boca e da orofaringe | 1.º cigarro nos 30 minutos após acordar: 4 mg; 1.º cigarro mais de 30 minutos após acordar: 2 mg; não mais de 15 pastilhas/dia | Não mais de 6 meses |
| TERAPÊUTICAS DE SEGUNDA LINHA | | | | |
| Clonidina | Hipertensão de rebound | Boca seca, sonolência, vertigens, sedação | 150-400 μ g/dia | 3-10 semanas |
| Nortriptilina | Risco de arritmias | Sedação, boca seca | 75-100 mg/dia | 12 semanas |

Fonte: (Fiore & Westman, 2005; Nunes, et al., 2008)

Vareniclina

Medicamento não nicotínico, agonista parcial e selectivo dos receptores nicotínicos da acetilcolina $\alpha 4\beta 2$ neuronais, com um mecanismo de acção que actua através da redução da necessidade de fumar e do alívio dos sintomas de privação da nicotina (acção agonista), assim como pela capacidade de reduzir a sensação de satisfação associada ao acto de fumar (acção antagonista). Muitos autores têm demonstrado a sua eficácia como agonista parcial dos

receptores nicotínicos conseguindo estimular a libertação de dopamina e reduzir os efeitos do craving (Wu, et al., 2006).

A terapêutica deve ser iniciada sete a catorze dias antes do dia estabelecido para a cessação tabágica. A dose deve ser progressiva, para minimizar os possíveis efeitos secundários: do primeiro ao terceiro dia, um comprimido de 0,5mg uma vez ao dia; do quarto ao sétimo dia, um comprimido de 0,5mg duas vezes ao dia; a partir do oitavo dia, um comprimido de 1mg duas vezes ao dia. Devem ser ingeridos inteiros com água, com ou sem alimentos. No final do tratamento dever-se-á considerar uma eventual diminuição gradual da dose, uma vez que a descontinuação está associada ao aumento da irritabilidade, desejo de fumar, depressão e/ou instabilidade emocional.

O tratamento tem uma duração de doze semanas. Segundo os estudos disponíveis, as taxas de abstinência são superiores às conseguidas com os substitutos de nicotina e a bupropiona (Bolin, Moörk, Willers, & Lindgren, 2008; Jorenby et al., 2006; Nakamura et al., 2007; Nunes, et al., 2008; Rollema et al., 2007; Wu, et al., 2006).

A vareniclina pode ter uma influência ligeira ou moderada sobre a capacidade para conduzir e utilizar máquinas. Pode produzir tonturas e sonolência, pelo que se recomenda precaução. Foram também notificados sintomas de depressão, podendo incluir ideação suicida e tentativa de suicídio, pelo que os utilizadores deverão interromper o tratamento e consultar o médico de imediato.

Bupropiona SR

Medicamento não nicotínico, com um mecanismo de acção que envolve, aparentemente, o bloqueio da recaptção de dopamina e/ou noradrenalina, aumentando os níveis extra celulares destas catecolaminas, duplicando as taxas de abstinência em longo prazo em comparação com o placebo.

Segundo Wu e colaboradores (2006), Cryan e colaboradores (Cryan, Gasparini, Heeke, & Markou, 2003), nos primeiros sintomas, a bupropiona tem tido um papel importante a combater os sintomas depressivos da cessação tabágica, muito embora outros autores afirmem como tendo uma acção independente da sintomatologia depressiva.

Está contra-indicado nos utentes com uma perturbação convulsiva, com bulimia ou com anorexia nervosa, nos que estão a tomar um inibidor da monoamino-oxidase ou nos que estão a tomar outro medicamento contendo bupropiona (Wu, et al., 2006).

Existe em comprimidos de libertação prolongada de 150mg. A dosagem aconselhada é de 300mg por dia, dividida em duas tomas de 150mg. O tratamento deve ser iniciado com 150mg e ao sétimo dia, elevado para 300mg por dia, com um intervalo mínimo de oito horas entre as duas tomas. Recomenda-se que o abandono do tabaco se faça a partir da segunda semana após o início da primeira toma. O tratamento deve ter a duração aproximada de sete a nove semanas e deve ser interrompido se houver recaída.

Terapêutica de substituição da nicotina

Os substitutos de nicotina levam à redução dos sintomas de privação no fumador regular que pára de fumar (Wu, et al., 2006). Existem diversas fórmulas farmacêuticas de substitutos de nicotina: gomas de mascar, sistemas transdérmicos, inalador bucal, spray nasal, comprimidos sublinguais e pastilhas de chupar. Diferem pelas características farmacocinéticas.

O tratamento com substitutos de nicotina inicia-se no dia escolhido para o abandono do tabaco. O fumador deve ser aconselhado a não fumar quando os utiliza.

Gomas de mascar

As gomas de mascar libertam quantidades controladas de nicotina, a qual é absorvida através da mucosa bucal. O nível máximo de nicotina no sangue é atingido vinte minutos após o início da mastigação (Nunes & al, 2008).

Existem gomas doseadas a 2mg e 4mg, com diferente sabor e consistência que, permitem uma maior adesão. As gomas de 4mg devem ser prescritas ao fumador de mais de vinte cigarros por dia e/ou fumador que fuma nos primeiros trinta minutos após acordar. Nos restantes deve ser usada a dose de 2mg (Nunes & al, 2008).

Pastilha elástica de nicotina

Este agente exclusivamente de venda livre melhora as taxas de abstinência a longo prazo em 30 a 80% em comparação com o placebo (MMWR, in Fiore e Westman, 2005). A pastilha elástica com uma dose de 4mg é mais eficaz do que a pastilha elástica de 2mg, especialmente em fumadores mais dependentes.

A utilização de uma técnica apropriada de mastigação é importante – a pastilha elástica deve ser mastigada lentamente até ser sentido um sabor apimentado ou mentolado. Ela deve ser entalada entre a mucosa jugal e a gengiva para facilitar a absorção através da mucosa oral. Assim, a mastigação e a colocação em repouso devem ser realizadas intermitentemente durante aproximadamente 30 minutos ou até o sabor desaparecer. Deve ser evitada a ingestão de alimentos ou de bebidas, com excepção de água, durante os 15 minutos prévios e durante a mastigação. Os utentes necessitam de mastigar um número suficiente de pastilhas elásticas segundo um esquema fixo para obterem o benefício pretendido.

Pastilhas de Nicotina

As pastilhas de nicotina encontram-se disponíveis em doses de 1, 2 e 4mg. A posologia é escolhida de acordo com a rapidez com que os fumadores fumam o seu primeiro cigarro depois de acordar. Assim, os que esperam menos de 30 minutos antes de acenderem o primeiro cigarro devem utilizar a dose mais elevada. As pastilhas com a dose de 1mg podem ser utilizadas como alternativa para a pastilha elástica de nicotina quando a mastigação se encontra contra-indicada

(em indivíduos que usam prótese dentária). A técnica de chupar é semelhante à aplicada nas gomas.

Inalador e Pulverizador Nasal de Nicotina

Encontram-se disponíveis exclusivamente sob prescrição médica e demonstram aumentar para mais do dobro as taxas de abstinência a longo prazo em comparação com o placebo (Fiore & Westman, 2005). É recomendada a realização de bombadas frequentes com o inalador e deve ser evitada a ingestão de alimentos sólidos ou líquidos antes e durante a administração. O cartucho do inalador de nicotina contém 10mg de nicotina, dos quais são administrados aproximadamente 4mg.

No que se refere ao pulverizador nasal, a cabeça deve ser inclinada ligeiramente para trás durante a utilização e os doentes não devem inspirar, engolir ou inalar o medicamento. A posologia inicial deve ser de uma a duas doses por hora, aumentando-se posteriormente o número de doses consoante as necessidades.

Adesivo de Nicotina

Segundo Hughes (Fiore & Westman, 2005) não existem contra-indicações aos adesivos de nicotina. Segundo os autores, os registos sobre a segurança e a possibilidade de abuso relativamente a estes produtos são excelentes. Ao contrário do que acontece com os cigarros, eles não produzem monóxido de carbono nem são carcinogénicos. O adesivo de nicotina encontra-se disponível tanto em venda livre como sujeito a prescrição médica.

Existem diversos tipos de adesivos que, diferem em formato, farmacocinética e duração da acção. Estão disponíveis adesivos que libertam nicotina durante 24 ou 16 horas. As quantidades de nicotina libertadas são muito semelhantes, atingindo a sua concentração máxima entre as quatro e as dez horas. As concentrações alcançadas com os adesivos de 16 horas são semelhantes às encontradas no fumador. Os adesivos de 24 horas apresentam-se em doses de 21mg, 14mg e 7mg e os de 16 horas em dosagens de 15mg, 10mg e 5mg de nicotina.

A principal diferença entre ambos prende-se com a libertação de nicotina durante a noite pelos adesivos de 24 horas, o que os responsabiliza por uma maior incidência de insónias. Os adesivos de 24 horas podem evitar mais facilmente os sintomas de privação nas primeiras horas do dia (Schnoll e Lerman, Fredricckson e colaboradores, Martin e Corral; in Nunes et al., 2008).

A dose recomendada varia de acordo com a dependência do fumador. Geralmente um fumador de mais de dez cigarros por dia deve iniciar a terapêutica com adesivos de nicotina de 21mg/dia durante seis semanas, reduzindo para 14mg/dia durante mais de duas semanas e para 7mg/dia durante mais uma a duas semanas. Quando se opta pela utilização dos adesivos que libertam nicotina durante 16 horas, a dose indicada é de 15mg/dl durante seis semanas, 10mg/dia durante duas semanas e 5mg/dia nas últimas, uma a duas semanas.

Se o fumador não estiver abstinente ao fim de duas semanas, a terapêutica com adesivos de nicotina deve ser suspensa.

Terapêuticas de segunda linha

Embora a clonidina e a nortriptilina possam ser eficazes na dependência do tabaco, estes medicamentos não se encontram aprovados para esta indicação e os efeitos secundários podem ser maiores do que com os tratamentos de primeira linha. Eles devem ser considerados apenas quando as terapêuticas de primeira linha falham ou quando elas são contra-indicadas (Fiore M, et al., 2009).

Relativamente à clonidina é uma agonista α_2 -adrenérgico que tem sido usado para tratamento da hipertensão e para a redução dos sintomas de privação decorrentes do uso de álcool e opiáceos. Recomenda-se a dosagem de 0,15mg/dia a 0,75mg/dia, durante três a dez semanas, sendo necessário ajustar a dose e instituir uma vigilância apertada, de modo a evitar efeitos adversos (tonturas, hipotensão, secura de boca, prurido ocular, sonolência, sedação, vertigens e diarreia). A clonidina não deve ser suspensa de uma forma abrupta devido ao facto de poderem ocorrer efeitos secundários, tais como nervosismo, agitação, cefaleias, elevação rápida da pressão arterial e níveis elevados de catecolaminas (Fiore & Westman, 2005; Nunes & al, 2008).

A Nortriptilina trata-se de um antidepressivo tricíclico, usado como medicamento de segunda linha na cessação tabágica. Na terapêutica da abstinência tabágica, ele é iniciado 10 a 28 dias antes da data do início da abstinência. Deve iniciar-se por 25mg/dia durante três dias, aumentando para 50 mg/dia durante quatro dias, seguido de 75mg/dia durante doze semanas. Uma vez que a nortriptilina produz sedação, os doentes devem tomar precauções quando conduzem ou utilizam máquinas (Fiore & Westman, 2005; Nunes & al, 2008).

Tratamento farmacológico combinado

A associação de fármacos pode contribuir para a obtenção de benefícios terapêuticos acrescidos. Esta combinação pode incluir dois tipos de formulações terapêuticas de terapêutica com substitutos de nicotina, associados ou não à bupropiona ou à vareniclina (Fiore & Westman, 2005; Nunes & al, 2008).

A terapêutica combinada de substitutos de nicotina consiste na associação de dois tipos de substitutos com diferente velocidade de libertação de nicotina. Uma das formulações vai libertar lentamente a substância, mantendo os níveis no sangue mais estáveis, e outra, de libertação mais rápida, vai proporcionar picos de nicotinémia nos momentos de necessidade imperiosa de fumar. A primeira tem uma dose programada e a segunda é doseada pelo fumador, de acordo com as suas necessidades.

Para a libertação lenta empregam-se os adesivos e para a rápida as gomas de mascar ou as pastilhas de chupar.

Quando se associa a bupropiona ou a vareniclina aos adesivos transdérmicos, estes devem ser iniciados no dia estabelecido para a cessação tabágica (nesta situação recomenda-se a monitorização da pressão arterial, pelo perigo de hipertensão).

Utilização da terapêutica farmacológica a longo prazo

Os utentes que apresentam sintomas de privação persistentes ou que têm dificuldade em deixar de fumar podem fazer a terapêutica farmacológica com segurança durante seis meses ou mais.

Alguns dos utentes que deixam de fumar podem preferir continuar a utilizar a pastilha elástica de nicotina, o pulverizador nasal ou inaladores a longo prazo com segurança.

Embora a redução progressiva da utilização destas terapêuticas de substituição deva ser encorajada, a manutenção da terapêutica de abstinência tabágica é preferível em relação à recidiva.

Estádio de Acção

Neste estágio deve-se efectuar um contacto com a pessoa em que se desenvolvem as seguintes actividades:

- Avaliar se se confirma a data de cessação tabágica;
- Congratular de iniciação do processo de cessação tabágica;
- Incentivar a prossecução do compromisso assumido;
- Rever sucintamente o esquema farmacológico;
- Encorajar o contacto com a equipa em caso de dúvidas/problemas surgidos.

Os profissionais da saúde devem promover a prevenção da recaída com visitas e/ou telefonemas pró-activos precoces, felicitando, revendo os benefícios da cessação e ajudando a resolver eventuais problemas residuais.

Segundo Santos (2006), Nunes e colaboradores (2008) entre o 8º e o 15º dia após o abandono do comportamento aditivo recomenda-se nova consulta ou contacto telefónico, no sentido de:

- Congratular o sucesso (se abstinência mantida);
- Avaliar os sintomas de privação e eventuais efeitos secundários da terapêutica efectuada;
- Avaliar as dificuldades;
- Encorajar a prossecução do compromisso assumido;
- Reforçar a disponibilidade do contacto da equipa em caso de dúvidas/problemas surgidos;
- Avaliar peso, pressão arterial e doseamento de CO;
- Reavaliar os apoios sociais e familiares;

- Marcar nova consulta.

É no estágio de acção que o ex-fumador se envolve objectivamente na alteração do comportamento, onde o indivíduo concretiza as mudanças projectadas e coloca em acção o plano delineado no estágio anterior.

Passado um a dois meses da abstinência tabágica haverá nova consulta que, constituirá um momento para reavaliar todo o processo, através de algumas tarefas (Santos, 2006):

- Congratular o sucesso do processo;
- Avaliar os sintomas de privação;
- Avaliar eventuais efeitos secundários da terapêutica efectuada;
- Reavaliar os apoios sociais e familiares;
- Discutir as dificuldades;
- Ajudar a reavaliar resistências;
- Registar o peso, a pressão arterial e dosear o monóxido e carbono;
- Ajustar a terapêutica e rever o processo de cessação.

Esta é uma oportunidade óptima para prevenir a recaída: felicitando, revendo os benefícios da cessação e ajudando a resolver eventuais problemas surgidos.

Segundo Soares e Vaz (Santos, 2006) nesta fase deve-se:

- Avaliar os sintomas de privação – se ocorrem sintomas de abstinência fortes e prolongados, deve-se programar o uso de farmacoterapia ou adicionar outro fármaco; ressegurar que o “sentimento de perda” é comum e recomendar actividades recompensadoras;
- Avaliar eventuais efeitos secundários da terapêutica efectuada;
- Reavaliar os apoios sociais e familiares (ajudar a pessoa a identificar pessoas capazes de o apoiar);
- Discutir as eventuais dificuldades: aumento de peso; ansiedade; síndrome de abstinência, principalmente entre a primeira e a terceira semanas, altura em que a abstinência atinge intensidade máxima;
- Ajudar a reavaliar resistências (sintomas de abstinência, medo de falhar, aumento de peso, falta de apoio) e recompensas actualizadas na suspensão do tabaco (os alimentos sabem melhor, olfacto mais apurado, diminuição de gastos, melhor saúde, bom exemplo aos filhos);
- Ajustar a terapêutica e rever processo de cessação tabágica.

Estádio de Manutenção

É o grande teste para se comprovar a efectividade da mudança, inicia-se seis meses após o dia da cessação tabágica.

Segundo Prochascka e DiClemente (Trigo, 2006), um ex-fumador, em média recai entre três e sete vezes antes de parar definitivamente o consumo. De facto, existe uma elevada taxa de recaída na nicotino-dependência que poderá dever-se à facilidade de acesso aos cigarros, à frequente exposição ao risco e à aceitação social em relação ao tabaco.

Neste sentido, esta fase merece particular atenção, uma vez que é, durante esta fase que, muitas vezes o ex-fumador e os que o rodeiam diminuem as suas preocupações e a pessoa fica mais vulnerável à recaída. Assim, nesta fase torna-se importante a realização de consultas com a periodicidade que cada caso nos mereça, sendo no mínimo duas obrigatórias: a dos seis meses e a do ano com o objectivo de:

- Congratular o sucesso;
- Avaliar as dificuldades;
- Encorajar a prossecução do compromisso assumido;
- Reforçar a disponibilidade do contacto da equipa em caso de dúvidas/problemas surgidos (Santos, 2006).

Em todo este processo de cessação tabágica, a prevenção da recaída, é um aspecto de importância major, pelo que se deve investir de forma atenta no tratamento de prevenção da recaída que, passa por todo um acompanhamento personalizado ao indivíduo e a todo o meio envolvente (família, amigos, equipa de trabalho) de forma a autonomizar o indivíduo e a capacitá-lo de estratégias de modo a que faça uma cessação tabágica da melhor forma que lhe for possível.

Segundo Ferreira-Borges e Filho (Santos, 2006, p. 262) a “(...) *migração de uma etapa de mudança para outra pode ocorrer de forma natural, ao longo da própria vida, sem que seja necessário uma intervenção terapêutica, e é mesmo comum que uma pessoa flutue entre os vários estádios antes de efectivamente conseguir deixar de fumar. Estudos revelam que o fumador experimenta em média quatro tentativas antes de deixar definitivamente o tabagismo. A recaída deve, por isso, ser encarada como um estágio de transição que, faz parte do processo de mudança e que, muitas vezes, até é importante para que a pessoa possa aprender com a experiência e recomeçar de forma mais consciente.*”.

Organização da Consulta de Apoio Intensivo

A consulta de cessação tabágica, pelas suas características, pressupõe uma organização específica. Deve realizar-se num consultório cuja decoração e sinalização permitam a identificação. A sala de espera deve promover o contacto informal entre os fumadores, pois a troca de informações e o cruzamento de testemunhos é já uma parcela do plano terapêutico.

Cartazes, quadros, placares informativos sobre a consulta e os seus resultados, notícias sobre o fumo do tabaco e a disponibilização de folhetos são estratégias a valorizar no espaço do consultório, na sala de espera e no estabelecimento de saúde.

A equipa nuclear é constituída por um médico, um enfermeiro e um administrativo. Sempre que possível deve ter o apoio de um psicólogo e de um nutricionista (Nunes & al, 2008).

O administrativo realiza a inscrição do fumador, marca as consultas e valida as credenciais e o receituário. Presta informações de tipo administrativo sobre a consulta, presencialmente, via telefone ou electrónica.

O enfermeiro faz o acolhimento, o ensino, a avaliação da fase de motivação, a avaliação dos dados antropométricos (peso, altura, índice de massa corporal), pressão arterial, doseamento do nível de monóxido de carbono, o apoio ao autopreenchimento de questionários e a entrega de folhetos informativos de acordo com a fase de motivação. Também é responsável pelo esclarecimento de dúvidas, avaliação periódica do estado de evolução do paciente, presencialmente, via telefone ou Internet, ou outras, de acordo com as suas competências ou necessidades e a distribuição de tarefas dentro da equipa.

Ao médico cabe avaliar os hábitos e comportamentos aditivos do fumador, os seus apoios sociais e familiares, a história tabágica, os factores de risco, a patologia prévia e a terapêutica farmacológica actual. Discute e avalia os resultados dos inquéritos de dependência, motivação e perfil do fumador. Avalia ainda os dados antropométricos e o nível de monóxido de carbono, propõe um plano de mudança comportamental e, se adequado, prescreve terapêutica farmacológica.

Ao psicólogo compete proceder ao aconselhamento motivacional a fumadores que se encontrem em fases de pré-contemplação e de contemplação, seguimento de fumadores com dificuldades de controlar a ansiedade ou a depressão durante o período de cessação tabágica e prevenção da recaída.

Ainda segundo os autores supra referidos, o nutricionista, quando solicitado, realiza o inquérito alimentar, bem como a avaliação dos dados antropométricos e o aconselhamento alimentar junto dos fumadores.

4 – PREVENÇÃO TERCIÁRIA DO TABAGISMO

A prevenção terciária do tabagismo consiste na prevenção da recaída do consumo de tabaco e utiliza como metodologia a consulta de cessação tabágica, num processo de seguimento que poderá ser de vários anos.

A reinserção do utente visa a aprendizagem e capacitação do utente com vista a viver um estilo de vida isento de tabaco.

Segundo vários autores (Nunes & al, 2008; Pisinger, Vestbo, Borch-Johnsen, & Jorgensen, 2005a; Pisinger, et al., 2005b) a recaída entre os fumadores que param de fumar é muito frequente. Na Inglaterra, país que dispõe de uma rede de âmbito nacional para a cessação tabágica, cerca de 50% dos fumadores seguidos em clínica especializada e que marcam uma data para deixar de fumar recidivam após quatro semanas. Aos doze meses, somente cerca de 15% se mantêm sem fumar.

Pela importância e complexidade da prevenção da recaída no processo de cessação tabágica, irão ser apresentados três modelos de prevenção da recaída: o de Marlatt, o de Gorski e o programa multicomponentes da consulta de cessação tabágica.

4.1 – MODELO DE MARLATT

Segundo Marlatt (Trigo, 2006), a dependência é encarada como um contínuo governado por princípios comuns a outros processos de aprendizagem. Assim, a dependência de substâncias à semelhança de outros hábitos, pode ser modificável pela aquisição de novos padrões funcionais, através dos quais a obtenção do prazer e a modelação de estados emocionais não são mediados pela ingestão de psicoactivos. É importante compreender os determinantes sócio-cognitivos dos comportamentos de dependência. Neste sentido, o autor classifica os determinantes de recaída em duas categorias: os determinantes imediatos e os antecedentes cobertos, sendo que a abordagem terapêutica desenvolve-se segundo duas estratégias que são as intervenções específicas, focalizados nos determinantes imediatos de recaída e as acções globais que visam equilibrar os estilos de vida e identificar os antecedentes cobertos.

Os determinantes imediatos de recaída resultam do confronto entre uma pessoa activamente investida em atingir e manter a abstinência e um cenário actual de risco, sendo que as situações de risco variam de pessoa para pessoa e, no mesmo indivíduo, podem mudar ao longo do tempo, o que implica que algumas exposições surjam sem aviso ou sinal prévio. Pelo que se torna necessário capacitar o indivíduo de estratégias de confronto para assim minimizar a probabilidade de recaída (Cornuz, 2007; Trigo, 2006).

Sabe-se que os comportamentos impulsivos, comuns a vários quadros clínicos, entre os quais as toxicodependências, são caracterizados por dois tipos de cognições – as expectativas de gratificação imediata e o adiamento das consequências negativas.

Assim, Marlatt e Gorgon (Trigo, 2006) introduziram a noção de **efeito de violação da abstinência** (EVA), para descrever o conjunto de reacções emocionais e atribuições cognitivas suscitadas pela quebra da abstinência. Nesta perspectiva, o EVA caracteriza-se por dois elementos cognitivo-emocionais: a dissonância cognitiva (conflito, pensamento dicotómico e catastrófico) e atribuição pessoal (auto-desvalorização e culpabilização). Com a introdução deste conceito, deixou de considerar-se inevitável que um lapso progrida para um colapso, sendo que este movimento depende da intensidade do EVA que, por sua vez varia em função de factores como o esforço dispendido, a intensidade do compromisso, a justificação encontrada para a recaída, a duração e importância em manter a abstinência ou a presença de pessoas significativas no momento da recaída.

No que se refere aos antecedentes cobertos, estes envolvem forças que actuam de forma não consciente, aumentando a vulnerabilidade e a probabilidade da pessoa recair. Muitos dos antecedentes encobertos de recaída incluem uma desproporção entre as obrigações diárias e as gratificações pessoais, razão pela qual o equilíbrio dos estilos de vida exerce um papel decisivo na prevenção da recaída.

Larimer, Palmer, Marlatt (Trigo, 2006) introduziram o conceito de **decisões aparentemente irrelevantes** (DAI) para descrever uma sucessão de “*mini-decisões*” pessoais, de aparência inocente, mas que desperdiçam várias oportunidades para inverter no sentido das sucessivas escolhas, sendo que a recaída é, nestes casos, muitas vezes encarada como inevitável. Assim, segundo os autores, o desejo e a urgência de usar uma substância não culminam sempre em actos impulsivos, já que a necessidade de gratificação pode ser temporariamente sublimada e transformada em planos cobertos de sabotagem à abstinência. O aspecto não consciente deste comportamento, marcado pela racionalização e denegação (“*não tinha outra hipótese*”, “*foi mais forte do que eu*”, “*o que podia eu fazer naquela situação?*”, “*não tive culpa*”), ajudam a pessoa a proteger-se do sentimento de culpa e conflito, ou seja, do EVA.

Segundo Marlatt, Gordan, Larimer, Palmer (Trigo, 2006) a urgência (dimensão compulsiva) e o desejo de consumir (dimensão obsessiva) são suscitados pela exposição directa ou indirecta ao estímulo, desencadeando-se através de dois circuitos as respostas condicionadas por gratificações passadas e os processos cognitivo-emocionais associados à antecipação da gratificação.

Perante este cenário, o modelo de prevenção de recaída de Marlatt propõe como abordagem terapêutica dois tipos de estratégias: as específicas e acções globais. Relativamente às estratégias específicas, elas actuam ao nível dos determinantes imediatos de recaída e visam antecipar a possibilidade de recaída, identificar e lidar com situações de risco, prevenindo que um lapso se transforme num colapso.

Nesta perspectiva, constituem estratégias de intervenção mais específicas:

- Identificação e actuação com situações de risco elevado – através da criação de um sistema de detecção dos sinais e situações de risco;
- Promoção da auto-eficácia – de modo a que a pessoa assuma a responsabilidade das suas mudanças, seleccionando objectivos pessoais e de tratamento, à medida que exercita perícias de auto-controlo (exercício da auto-observação, auto-modelação, auto-eficácia e da auto-terapia);
- Eliminação de mitos - Estes enviesamentos centram-se nos efeitos positivos (euforia, sedação, alienação), negligenciando, distorcendo, minimizando ou adiando qualquer consequência negativa;
- Lidar com os lapsos – é importante abordar estas situações como oportunidades de aprendizagem, avaliando quais as estratégias preventivas que falharam. Posteriormente é necessário preparar a pessoa para recorrer a “*travões cognitivos*” adicionais, a fim de limitar a extensão de um retrocesso e impedir que um lapso seja seguido por um colapso.
- Reestruturação cognitiva – no sentido de corrigir atribuições e percepções enviesadas, desenvolvidas pelas pessoas após a recaída.

Neste contexto, o aconselhamento deve focar-se num processo sistemático de reatribuição, procurando formulações mais funcionais que, minimizem o EVA e outras distorções.

Relativamente às estratégias globais estas têm como objectivo promover estilos de vida equilibrados, modificar a exposição a antecedentes cobertos e aumentar a resiliência face a situações de risco. Assim podem considerar-se:

- Estilos de vida equilibrados e dependências positivas – isto é, o balanço entre as obrigações e as gratificações, de modo a que a pessoa introduza, nos seus hábitos de vida doses de actividade física, relaxamento, alimentação racional, relacionamento interpessoal, convívio e culto espiritual trocando as dependências negativas por dependências positivas e saudáveis;
- Controlo de estímulos – no sentido de remover pistas ambientais que suscitem o desejo de consumir (cinzeiros, cigarros);
- Técnicas para gestão das urgências – com o objectivo de “externalizar” e “desidentificar” a pessoa em relação à sua tentação, ajudando-a a assumir uma posição mais objectiva e consciente;
- Mapas de recaída – que apela à visualização, retratando toda a sequência de acontecimentos, percepções, pensamentos, sentimentos, acções e reacções que precederam a recaída.

Segundo Marlatt e Gordon (Trigo, 2006) a acção de mapear permite que a pessoa ganhe perspectiva sobre rotas (comportamentos) alternativas (ponto H), bifurcações (ponto Y), locais para inversão de marcha (ponto U), caminhos arriscados (ponto S) ou becos sem saída (ponto T). Assim, à medida que a pessoa reconhece o território em que se move, deve usar diálogos internos nos quais avalie os vários pontos de decisão (H, Y, U, S, T), uns que aproximam da recaída e outros que afastam o perigo.

Em suma, o modelo de Marlatt veio introduzir uma perspectiva de continuidade entre a abstinência e o consumo, assim como uma abordagem global dos estilos de vida que envolve as noções de balanço, moderação e controlo pessoal, exigindo assim, da parte dos profissionais da saúde, competências de aconselhamento diferenciadas e adaptadas a cada indivíduo e a cada contexto.

4.2 – MODELO DE GORSKI– CENAPS® (CENTER FOR APPLIED SCIENCES)

Neste processo de tratamento de prevenção da recaída, Gorski (2000) descreve dois ciclos: o curso da doença e o modelo de recuperação progressiva, segundo o qual a dependência de nicotina pode ser controlada (síndrome pós aguda de abstinência), mas não é possível atingir a cura (síndrome de recaída). Segundo o autor, cessar totalmente o consumo é apenas o primeiro passo de um processo longo e gradual. As competências que se vão estabelecendo e o sucesso deste percurso resultam das características pessoais e de uma complexa combinação de tarefas. Não assimilar os objectivos inerentes a cada uma das etapas significa estar menos preparado para enfrentar os desafios subsequentes.

Segundo este modelo são seis as etapas da recuperação progressiva: transição (reconhecimento da doença), estabilização (desintoxicação do organismo e restabelecimento do controlo pessoal), recuperação inicial (adopção de estilo de vida sem recorrer a substâncias), recuperação intermédia (compreensão da dependência e do processo de recuperação – maior autonomia), recuperação tardia (estabelecimento de um sistema de valores sadio que consolide a auto-estima e a capacidade para manter relações construtivas e gratificantes) e manutenção (a vida enquanto processo de constante recuperação, livre de substâncias psicoactivas).

Segundo o autor, com a desintoxicação desenvolve-se a síndrome aguda de privação (primeiros três a dez dias) que, geralmente, é atenuada por uma droga de substituição, posteriormente retirada. À medida que se dissipa a fase aguda (sete a catorze dias depois de parar) surgem os sintomas pós-agudos de abstinência que se podem prolongar após meses ou anos (a intensidade máxima deste quadro, atinge-se nos primeiros três a seis meses, período após o qual tendem a diminuir). Estes sinais e sintomas tardios resultam das disfunções cerebrais provocadas pelo consumo continuado e essencialmente por se ter perdido a principal estratégia para lidar com o stress e pelo abandono dos estilos de vida baseados na dependência (Cornuz, 2007; Gorski, 2000; Trigo, 2006).

As manifestações clínicas e sub-clínicas mais habituais são a dificuldade em pensar e concentrar-se, as disfunções da memória, as crises distímicas ou a alexitimia, as perturbações do sono, a dificuldade na coordenação motora e a hipersensibilidade ao stress. O curso destes sintomas está sujeito a quatro padrões: evolução regenerativa (quanto mais tempo de abstinência, menos sintomas), evolução degenerativa (quanto mais tempo de abstinência, mais sintomas), evolução estável (manutenção da intensidade dos sintomas) e evolução intermitente (picos alternados de sintomas).

Gorsky (Trigo, 2006) sugere como estratégias para lidar com os sintomas pós-agudos: a estabilização, a psicoeducação, o comportamento de autoprotecção, os hábitos alimentares, o exercício físico, o relaxamento, a espiritualidade e o equilíbrio dos estilos de vida.

Relativamente à síndrome de recaída é de salientar que, apesar da pessoa se manter abstinente, a passividade perante o tratamento, a negação das dificuldades ou o desenvolvimento de mitos e crenças erradas podem ser disfuncionais, levando a recaída.

Gorsky (MTrigo, 2006) alerta para nesta fase se desenvolverem dependências substitutas disfuncionais desenvolvidas de forma não consciente, através do uso de drogas diferentes das que motivaram o tratamento, e para comportamentos compulsivos (ex: comer, emagrecer, procurar emoções fortes, jogar, sexo, arriscar, gastar dinheiro). Substituições que visam, aliviar o sofrimento e funcionam como estratégias, para lidar com o quotidiano. Porém, este prazer imediato acarreta sofrimento futuro, restabelecendo o esquema da adição num movimento discreto de recaída.

Existem vários sinais de aviso (antecipatórios) que se distribuem por onze fases de recaída (Gorski, 2000):

- Sinais interiores de aviso – Dificuldade em pensar com clareza, em controlar pensamentos e emoções, em recordar, em lidar com o stress, em dormir e repousar, na coordenação motora, vergonha, sentimento de culpa e desespero.
- Regresso da negação – Aumento da preocupação com o bem-estar que se traduz pelo medo em não ser capaz de manter a abstinência.
- Comportamento evitante e defensivo – A pessoa quer acreditar que não voltará a consumir e, muitas vezes abandona o tratamento. Podem surgir comportamentos compulsivos, impulsividade, hiper-reactividade perante as contrariedades e tendência para a solidão.
- Construção da crise – Instala-se a “visão em túnel”, marcada pela fragmentação entre os diversos aspectos da vida. Surgem sentimentos de vazio, tristeza, desinvestimento do plano de recuperação e começam os problemas nas várias esferas pessoais (casamento, relações interpessoais, trabalho).
- Imobilização – A pessoa envolve-se em fantasias, baseadas em pressupostos de “se ao menos...”, desencadeando-se um sentimento de falhanço e impotência, perante pequenas contrariedades, juntamente com o desejo imaturo de ser feliz

ou de que “as coisas resultem”, não sendo tomadas medidas efectivas ou construtivas nessa direcção;

- Confusão ou reacções exageradas – Aumentam as sensações de confusão, culpa e tensão, relativamente a si e aos outros.
- Depressão – Alteração de hábitos alimentares, modificações de peso, alterações do sono. As acções diárias tornam-se mais difíceis de cumprir, ou porque são abandonadas a meio, ou porque as rotinas diárias se perdem.
- Perda de controlo sobre o comportamento – A pessoa começa a abandonar o seu esquema de tratamento, adoptando uma atitude desinvestida e rejeitando ajuda. A sensação de insatisfação e desespero desenvolve-se e a pessoa sente-se impotente.
- Reconhecimento da perda de controlo – Nesta fase a negação cede lugar ao reconhecimento. Surgem sentimentos contraditórios como pena de si próprio, convicção de poder consumir de forma controlada, recurso consciente à mentira e perda de auto-confiança.
- Redução do leque de opções – A consciência da dependência e o sofrimento voltam a instalar-se. Este retrocesso gera raiva, contra si e/ou tudo e todos, sentimento de solidão e frustração, abandono do tratamento, tensão nas relações interpessoais e perda de controlo.
- Regresso à dependência ou colapso físico e emocional - Recomeça o uso da substância, embora subsista a expectativa de conseguir atingir novamente a abstinência. O consumo torna-se descontrolado, podendo assumir níveis mais graves que os anteriores. Instala-se um sentimento de vergonha e de culpa.

Neste modelo de Gorsky - CENAPS®, a maneira de lidar com o síndrome pós-agudo de abstinência é gerir antecipadamente os sinais de aviso e as situações de risco, prevenindo desta forma, a recaída. O plano de prevenção da recaída inclui diferentes fontes de suporte social (família, amigos, apoio terapêutico e grupos de auto-ajuda) e incluir ainda como componentes (Gorski, 2000; Trigo, 2006):

- Estabilização – Manter o estado de abstinência e auto-controlo como requisito mínimo;
- Auto-avaliação – Determinar factores que podem levar ou levaram à recaída, com o objectivo de aprender com a experiência passada e alterar as circunstâncias desfavoráveis;
- Educação para a recaída – Identificação de sinais de aviso a partir da experiência pessoal;
- Identificação dos sinais de aviso;

- Gestão dos sinais de aviso – Desenvolver estratégias eficazes para fazer face às situações de risco;
- Treino do programa de actividades – Elaborar plano diário de actividades, visando identificar situações de risco e evitar a activação da negação;
- Revisão do programa de recuperação – Ajustar o plano de prevenção da recaída em função das experiências acumuladas, de modo a torná-lo mais eficaz;
- Envolvimento de pessoas significativas – Os familiares são fundamentais na identificação precoce de sinais, na desactivação da negação, na prevenção da recaída ou na recuperação de uma recaída;
- Seguimento – Sendo a dependência uma doença crónica, o plano de prevenção da recaída deve passar a fazer parte das rotinas da pessoa.

Dos modelos de Marlatt e Gorski fica a perspectiva de que a prevenção da recaída é um processo activo, no qual a recuperação não se cinge à manutenção da abstinência, tal como a recaída não consiste apenas em voltar a consumir. As intervenções propostas realçam o papel do compromisso, dos vínculos interpessoais e dos contractos terapêuticos, através dos quais se estabelecem planos de contingência para lidar com possíveis recaídas. Ambos os modelos valorizam a avaliação e o reconhecimento dos sinais de alarme, destacando os processamentos automáticos e não conscientes. Essenciais são também as estratégias de confronto e as acções racionais e planeadas, no sentido de desenvolver a capacidade de prevenir e lidar com a recaída, determinando assim a consolidação da abstinência ou o colapso deste objectivo.

4.3 – PROGRAMA MULTICOMPONENTES DA CONSULTA DE CESSAÇÃO TABÁGICA

Sabendo que a dependência de nicotina constitui um problema de saúde complexo, a nível biológico, cognitivo, emocional, comportamental e social, o ex-fumador é mobilizado a assumir um papel pró-activo no seu processo de recuperação. Este movimento que começa pela fase de desintoxicação, seguida por um período de estabilização e que termina com a cessação, é marcado por vários progressos e retrocessos (Cornuz, 2007).

Durante o processo, são restabelecidos mecanismos de auto-monitorização (observação), auto-controlo (acção) e autoeficácia (resultado), tendo o ex-fumador, na perspectiva de Trigo (2006) que, aproveitar as várias oportunidades para aprender estratégias criativas e efectivas para lidar com as tentações, com as situações de risco ou com os retrocessos.

Na prevenção da recaída em pessoas envolvidas na manutenção da abstinência de nicotina pretende-se:

- Ajudar o ex-fumador a identificar sinais precoces de recaída (internos e externos);

- Adoptar medidas preventivas para lidar com situações de risco, tentações e sensações de urgência em fumar;
- Treinar competências comportamentais, cognitivas e emocionais no controlo do lapso e da recaída;
- Apoiar a manutenção de estilos de vida equilibrados.

A abordagem clínica para a prevenção da recaída deve assentar (Trigo, 2006) nos seguintes princípios:

- Grupo de suporte e de sustentação emocional – É fundamental que o profissional da saúde adopte uma atitude positiva e receptiva (consideração positiva e incondicional) para com a pessoa que procura ajuda. A aceitação empática é importante tanto na manutenção de laços de cumplicidade (compliance), como na abordagem dos fenómenos de violação da abstinência, frequentemente marcados por sentimentos de vergonha, culpa, tensão, depreciação pessoal e dissonância cognitiva.
- Identificação das situações de risco - para utilização de técnicas de controlo e extinção de estímulos, estratégias de evitamento e abandono das situações de risco.
- Sinais precoces de recaída – passa por reconhecer circuitos cognitivos automáticos que conduzem à recaída. À medida que estes processamentos passam de um nível não consciente para um processamento consciente, aumenta a capacidade de controlo e eficácia pessoal. Por outro lado, é importante o ex-fumador compreender que os sinais de recaída se modificam ao longo da recuperação (numa primeira fase é habitual o ex-fumador confrontar-se com o desejo e urgência de fumar, à medida que a abstinência é mantida podem surgir fenómenos de fadiga, diminuição do nível de alerta e desinvestimento do processo de recuperação).
- Mapas de recaída – fundamentais na identificação das várias decisões aparentemente irrelevantes e na sinalização dos contextos que efectivamente contribuíram para a recaída. É frequente, o ex-fumador não ter uma noção clara sobre os desencadeantes pessoais e ambientais subjacentes à recaída. A reconstrução do cenário físico, emocional e cognitivo constitui uma oportunidade de análise objectiva e um momento de aprendizagem.
- Estratégias para travar a recaída – o processo de cessação é marcado por progressos e retrocessos (lapsos, recaídas ou colapsos). Algumas regras simples que podem marcar a diferença entre um lapso e uma recaída resumem-se a esperar vinte minutos até fumar o cigarro que assinala o lapso, esperar uma hora até voltar a fumar e nunca comprar cigarros.

- Balanceamento dos estilos de vida
- Psicoeducação – discussão sobre os benefícios da cessação tabágica, os mecanismos biocomportamentais envolvidos na nicotino-dependência, os sinais físicos e psicológicos de desintoxicação (síndrome de abstinência), a posologia das terapias de substituição nicotínica e outras e os efeitos indesejados, as fases de cessação tabágica (período de cessação, susceptibilidade, fadiga, manutenção, terminação), os sinais precoces de recaída, a distinção entre lapso, recaída e colapso, as noções de desintoxicação e desabitação, o ganho ponderal após cessação tabágica, as estratégias de confronto, etc.
- Seguimento nas consultas ou telefónico pró-activo – constitui uma estratégia eficaz de reforço da motivação para a abstinência, de detecção precoce de lapsos e encaminhamento. Permite a gestão dos processos de motivação e o apoio na vigilância/focalização em redor dos objectivos, quer da cessação tabágica, quer da manutenção da abstinência. Através desta abordagem podem evitar-se retrocessos ou a desmobilização em relação ao objectivo de parar de fumar.

Os fumadores mobilizam a sua disponibilidade para cessar o hábito tabágico mas, em alguns casos, valorizam insuficientemente o processo de prevenção de recaída (Cornuz, 2007). O ex-fumador muitas vezes desvincula-se precocemente do programa de prevenção da recaída, geralmente antes da entrada numa fase de maior auto-controlo e estabilidade (manifestando negação da dependência, fraco conhecimento do processo de desabitação e/ou dificuldade em receber ajuda). Também pode ocorrer fadiga de cessação.

A abstinência é apenas o ponto de partida da recuperação, uma vez que reaprender a não depender de um químico, para modelar estados emocionais ou para reagir às situações quotidianas, é um processo complexo que envolve retrocessos e exige perícias diversificadas. Neste processo, enquanto a desintoxicação física é atingida alguns meses após a abstinência, a desabitação emocional e gestual poderá levar anos a ser alcançada.

No entanto, para além dos riscos de recaída, também há factores de resiliência que ajudam a manter a abstinência, motivo pela qual o sentido de coerência, o optimismo ou o *hardiness* devem constituir focos terapêuticos na prevenção da recaída. Para manter a abstinência é necessário desenvolver competências tão diversas como o auto-controlo, o ajustamento emocional ou a capacidade para estabelecer relacionamentos interpessoais protectores.

Da análise dos três modelos apresentados existem muitos pontos de convergência que nos permitem perceber e intervir na cessação tabágica não só até ao período de abstinência, mas durante um longo período após a abstinência, geralmente variável e determinável pelo indivíduo, uma vez que atrás do lapso pode vir a recaída...

PARTE II – JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

1. JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO E OBJECTIVOS

Apesar das intervenções para a cessação tabágica serem reconhecidas como sendo de elevado rácio custo-efectividade, não têm sido implementadas intervenções estruturadas nos cuidados de saúde primários e restantes, como não têm sido desenvolvidos serviços de cessação tabágica em número suficiente e com os apoios necessários a uma prestação de cuidados com elevada eficiência. A Direcção Geral da Saúde (2004c) recomenda um esforço e investimento na prevenção da iniciação tabágica, nos jovens, particularmente do sexo feminino. Considera ainda prioritário nas consultas, com profissionais da saúde, identificar oportunidades para corrigir estilos de vida pouco saudáveis, como o tabagismo.

De acordo com a análise comparativa entre os dados obtidos pelos Inquéritos Nacionais de Saúde de 1998/99 e 2005/06, verifica-se ter havido um ligeiro decréscimo nas prevalências totais de consumo em Portugal Continental na população inquirida com 15 ou mais anos, de 20,5% para 20,2% (20,9% para Portugal). O consumo de tabaco continua a ter uma maior prevalência no sexo masculino, 30,9% nos homens e 11,8% nas mulheres. Verificou-se ainda uma descida nas prevalências de consumo no sexo masculino, mais marcada no grupo etário dos 25-44 anos. Pelo contrário, nos inquiridos do sexo feminino registou-se um aumento do consumo em todos os grupos etários, mais marcado no grupo etário dos 15 aos 24 anos (Machado, et al., 2009a, 2009b; Nunes, et al., 2008).

No âmbito do programa “Estudos em Meio Escolar”, promovido pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), os dados do projecto ECATD/2003 revelaram que o consumo de tabaco nos inquiridos (prevalência nos últimos 30 dias) foi de cerca de 8% aos 13 anos (7% nos rapazes e 8% nas raparigas) e de 35% aos 18 anos (38% nos rapazes e 33% nas raparigas). Aos 18 anos, apenas 29% dos rapazes e 32% das raparigas referiram nunca ter fumado (Feijão & Lavado, 2003).

A grande maioria dos jovens não tem uma verdadeira consciência do poder aditivo do tabaco e tem percepção de que poderão interromper o consumo sem dificuldade. No entanto, dados do projecto DANDY parecem revelar que muitos adolescentes manifestam síndrome de privação e sintomas de dependência antes de se ter instalado um consumo regular, embora a maioria não se torne dependente antes de decorridos dois a três anos de consumo irregular (Centers for Disease Control and Preventios, in Nunes et al, 2008).

Desta forma, a prevenção primária do tabagismo merece um forte investimento, em particular no contexto dos programas e das iniciativas da promoção da saúde familiar, da saúde materna, infantil e juvenil, e em meio escolar, necessitando os profissionais da saúde e da educação, de novas e mais eficazes estratégias e metodologias para fazer face a este velho problema junto dos adolescentes.

Segundo Cruz e colaboradores (2008), o problema do aumento constante do tabagismo entre crianças e adolescentes, apesar dos esforços para controlar a porta de entrada para a epidemia do tabagismo, é um problema de saúde de primeira grandeza que ainda está envolvido em muitas incógnitas. O fracasso dos currículos escolares em todo o mundo justifica prosseguir a investigação em duas linhas: desenvolver estudos sobre os factores predictores conhecidos do consumo e melhorar a eficácia metodológica dos programas de intervenção.

Segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2010) a sensibilização e educação para a saúde na prevenção do tabagismo é errática, pouco efectiva e sem avaliação de impacto.

O investimento na cessação tabágica constitui a via mais efectiva para a obtenção, a curto e a médio prazo de melhorias nos indicadores de morbilidade e mortalidade relacionados com o consumo de tabaco, pelo que se torna necessário pôr em prática e reforçar as estratégias de apoio aos fumadores que desejem parar de fumar, em simultâneo com a implementação de medidas que visem a criação de ambientes livres de fumo de tabaco e que facilitem a adopção de estilos de vida promotores de saúde (Nunes, et al., 2008; Orleans, et al., 2010; Prahbat & Chaloupka, 1999).

O aumento do preço do tabaco e as restrições de consumo de tabaco em locais fechados, bem como as intervenções de informação e educação para a saúde, constituem estratégias que têm vindo a ser cada vez mais adaptadas e que podem levar a que mais fumadores se sintam motivados a procurar a ajuda de um profissional de saúde (WHO, 2003).

De acordo com os últimos Inquéritos Nacionais de Saúde (Ministério da Saúde, in Nunes et al, 2008), a percentagem de ex-fumadores na população inquirida com mais de 15 anos em Portugal Continental tem vindo a aumentar em ambos os sexos.

Nesta perspectiva a Organização Mundial de Saúde (2003) e a Direcção Geral de Saúde (2004b) recomendam o reforço na intervenção em matéria de cessação tabágica, visto que esta representa a única via para a diminuição da mortalidade e morbilidade nos próximos 10 a 15 anos.

Segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2010), a evidência demonstra que a combinação de suporte individual, comportamental, social e fármaco-terapêutico podem aumentar a taxa de sucesso em cerca de quatro vezes.

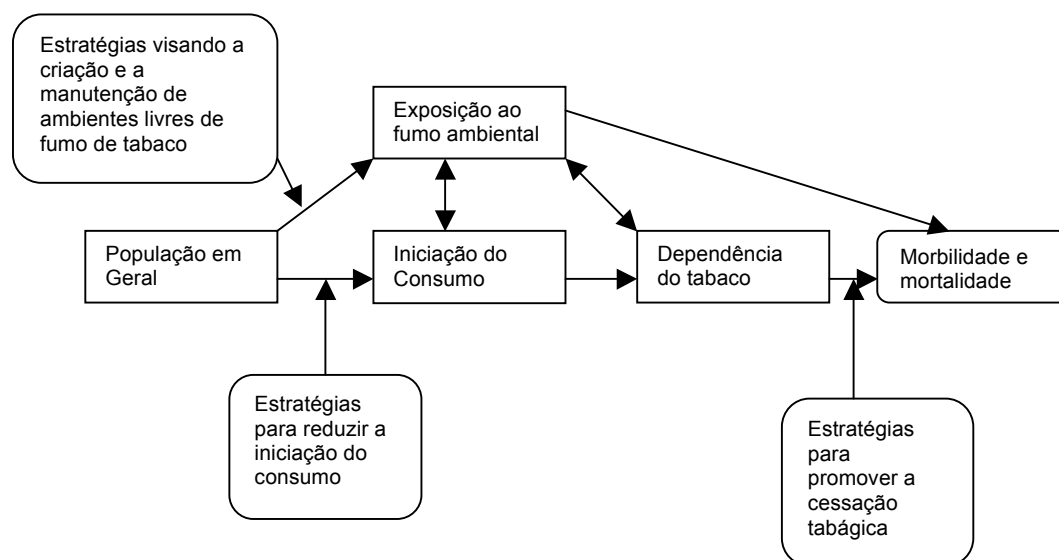
Ainda, segundo Backinger e colaboradores (2010), existe cada vez mais interesse, na procura e utilização da cessação tabágica que, representa uma extraordinária oportunidade para reduzir o uso do tabaco e a mortalidade e morbilidade em adultos, e uma importante fonte de encargos e disparidades na área da saúde.

Segundo o *Centers for Disease Control and Prevention*, uma percentagem significativa dos actuais fumadores está disposta a deixar de fumar, facto que cria uma enorme responsabilidade para todos os prestadores de cuidados de saúde que não deverão deixar os utilizadores de tabaco entregues a si próprios, mas sim encoraja-los e ajudá-los activamente na terminação adequada da sua dependência, devendo ser-lhes oferecidas várias modalidades de tratamento que actualmente se sabe serem eficazes e efectivas. De facto, actualmente o

tratamento da dependência de tabaco é considerado o “*gold standard*” das terapêuticas preventivas (Instituto Qualidade Saúde, 2002).

Neste sentido, e de acordo com as directrizes nacionais e internacionais, em inúmeros documentos publicados nesta área, este trabalho, constituído por dois estudos pretende dar resposta aos diferentes níveis de prevenção da área do tabagismo (Figura 1). Pretende ainda constituir uma referência, uma vez que constitui, por si só, um caminho que contempla os três níveis de prevenção na área do tabagismo.

Figura 1 – Estratégias de prevenção e controlo do tabagismo



Fonte: Adaptado de Hopkins, D. P., et al, in Nunes et al (2008; p.24)

Os estudos realizados tiveram como objectivo geral reflectir a avaliação de um programa de saúde em todos os níveis de intervenção: prevenção primária do tabagismo (promoção da saúde e prevenção da doença), prevenção secundária (diagnóstico e tratamento) e prevenção terciária do tabagismo (prevenção da recaída e reintegração do individuo no seu meio de forma independente).

Neste sentido, o estudo de prevenção primária do tabagismo, surgiu como sugestão de vários autores que, referem que intervenções realizadas pelos pares têm sido eficazes na mudança de atitudes dos fumadores e na intenção de fumar, no sentido de focalizar estratégias que habilitem os adolescentes à recusa do tabaco em contextos diferentes (Audrey, Holliday, & Campbell, 2006; Campbell et al., 2008; Dishion & Owen, 2002; Greene & Baneerje, 2008; Halpern-Felsher, Biehl, Kropp, & Rubinstein, 2004b; Koumi & Tsiantis, 2001; Stephensa et al., 2009; Thomas W. Valente, Hoffman, Ritt-Olson, Lichtman, & Johnson, 2003).

O estudo de intervenção secundária e terciária teve o propósito de consolidar e reforçar outros estudos já existentes e responder ao repto de alguns autores como Wu e colaboradores

(2006) que sugerem estudos no sentido de consolidar a eficiência na redução da morbilidade e mortalidade das modalidades terapêuticas existentes na cessação tabágica.

Pretendeu-se no estudo de intervenção primária, avaliar a eficácia de um programa de intervenção - "*Par-a-Par sem Tabaco*" dirigida a jovens que frequentam o 7º e 8º anos do 3º Ciclo das Escolas Básicas e Secundárias do Concelho de Oliveira de Azeméis (Distrito de Aveiro).

O programa de intervenção primária aplicado baseou-se na Social Cognitive Theory, nomeadamente nos modelos de persuasão e comunicação para mudança de atitude e de comportamento. A Teoria Social Cognitiva de Bandura tem sido amplamente aplicada em intervenções de saúde pública e tem sido usado para identificar os elementos críticos de socialização da criança sobre o tabagismo como: a) percepção, isto é, como é que a criança percebe os pensamentos expressos e as acções dos pais ou outros agentes socializadores, b) ensaio cognitivo, como é que a criança percebe e atribui sentido ao que foi percebido, c) ensaio comportamental, como é que a criança comunica ou age de uma forma coerente com o que foi aprendido e recebe feedback sobre esses pensamentos e comportamentos e, d) a motivação, como é que a criança experiencia positivamente (ou negativamente) os reforços das comunicações ou acções (Hiemstra et al., 2009).

Constituíram objectivos específicos do estudo experimental (programa de intervenção *Par-a-Par sem Tabaco*) de prevenção primária:

- Compreender o efeito do programa de intervenção – *Par-a-Par sem Tabaco* - sobre os comportamentos relacionados com o tabaco e a perspectiva futura do consumo;
- Compreender o efeito do programa de intervenção - *Par-a-Par sem Tabaco* - sobre a percepção do tabaco;
- Analisar a relação entre a idade de experimentação tabágica, a percepção de risco, a percepção da motivação dos fumadores e a percepção do tabaco em função das características sócio-demográficas: o sexo e a idade;
- Analisar o número de cigarros consumidos, a perspectiva futura relativa ao consumo de tabaco, o número de amigos que fumam, a avaliação do risco, a percepção da motivação dos fumadores e a percepção do tabaco em função da experimentação, do consumo do tabaco pelo adolescente e do consumo de tabaco pelos pais;
- Analisar a relação entre a idade do adolescente, a idade de experimentação tabágica, o número de cigarros consumidos, o número de amigos fumadores, a avaliação do risco, a percepção da motivação dos fumadores e a percepção do tabaco em função da forma como perspectivam a sua situação profissional;
- Analisar a avaliação de risco, da percepção da motivação dos fumadores e do tabaco em função da utilização de estratégias de coping.

No que se refere à intervenção secundária e terciária, pretendeu-se neste estudo, avaliar a eficácia das consultas de cessação tabágica e simultaneamente identificar factores que possam interferir no sucesso da consulta nos Centros de Saúde do distrito de Aveiro da Administração Regional de Saúde do Centro. Este estudo de investigação teve como objectivos específicos:

- Analisar a relação entre a idade de iniciação tabágica e o sucesso na cessação tabágica;
- Analisar a relação entre o sexo do indivíduo e o sucesso na cessação tabágica;
- Analisar a relação entre as habilitações académicas e o sucesso na cessação tabágica;
- Analisar a relação entre o apoio familiar para a cessação tabágica e o sucesso na cessação tabágica;
- Analisar a relação entre o número de cigarros que os elementos da amostra conseguiriam reduzir, sem grande esforço e o sucesso na cessação tabágica;
- Analisar a relação entre o tempo que esteve sem fumar, em tentativas de cessação anteriores e o sucesso na cessação tabágica;
- Analisar a relação entre o grau de motivação para parar de fumar e o sucesso na cessação tabágica;
- Analisar a relação entre o grau de dependência de nicotina e o sucesso na cessação tabágica;
- Analisar a relação entre o número total de consultas e o sucesso na cessação tabágica;
- Analisar a relação entre o número de cigarros consumidos nas várias consultas e o sucesso na cessação tabágica;
- Analisar a relação entre o tipo de tratamento farmacológico e o sucesso na cessação tabágica;
- Analisar a relação entre a cessação tabágica e os parâmetros biológicos: peso, pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica;
- Análise da relação entre o número de cigarros que fumava, na primeira consulta, o grau de dependência tabágica, o grau de motivação para a cessação tabágica, o número total de consultas de cessação tabágica e o tipo de tratamento farmacológico em função da idade dos elementos da amostra;
- Análise da relação entre o número de cigarros consumidos (na primeira consulta), o grau de dependência tabágica, o grau de motivação para a cessação tabágica, o número total de consultas de cessação tabágica e o tipo de tratamento farmacológico em função do sexo dos elementos da amostra;
- Análise da relação entre o número de cigarros consumidos (na primeira consulta), o grau de dependência tabágica, o grau de motivação para a cessação tabágica, o

número total de consultas de cessação tabágica e o tipo de tratamento farmacológico em função das habilitações académicas dos elementos da amostra.

- Análise da relação entre as habilitações académicas, o número de cigarros consumidos (na primeira consulta), o grau de dependência tabágica, o grau de motivação para a cessação tabágica, o número total de consultas de cessação tabágica e o tipo de tratamento farmacológico em função do número de cigarros que os elementos da amostra referem conseguir reduzir, sem grande esforço.

PARTE III – INVESTIGAÇÃO EMPIRICA

ESTUDO I - EFEITOS DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO “*PAR-A-PAR SEM TABACO*”

ESTUDO II - “EFICÁCIA DAS CONSULTAS DE CESSAÇÃO TABÁGICA”

ESTUDO I - EFEITOS DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO “*PAR-A-PAR SEM TABACO*”

ESTUDO I - EFEITOS DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO “PAR-A-PAR SEM TABACO”

1 - METODOLOGIA

Segundo Farate (2001), a adolescência, quer a encaremos como crise de desenvolvimento ou processo de transformação, é uma época favorável à expressão comportamental aguda dos conflitos. O recurso aos comportamentos de consumo, como a outros comportamentos de risco pode, por vezes, revestir um carácter adaptativo.

Desta forma, torna-se importante levar em consideração o prazer farmacogénico do consumo de substâncias, os factores biológicos específicos ligados à utilização de um certo tipo de substância psicoactiva e o laço de dependência mantido com o comportamento de consumo, já que permitirá uma melhor compreensão do sentido psicopatológico que a conduta pode ter no adolescente.

Este estudo orienta-se no sentido de analisar o efeito do programa de intervenção “*Par-a-Par sem Tabaco*” sobre a percepção do adolescente: do risco, das pessoas que fumam e do tabaco. Orienta-se ainda para a compreensão de algumas variáveis biopsicossociais que interferem neste processo de percepção.

Iniciamos este capítulo com a apresentação das questões de investigação, das hipóteses a testar e das análises exploratórias complementares que nos propusemos realizar. Segue-se a descrição da metodologia adoptada, explicitando o método de selecção da amostra e as suas características gerais; as variáveis em estudo; os instrumentos utilizados; procedimentos de colheita de dados; os princípios éticos e as análises estatísticas efectuadas.

Para além dos objectivos da construção e análise da estrutura dimensional da “Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes”, da “Escala de Motivação do Fumador” e da “Escala de Percepção do Tabaco”, a investigação que realizamos pretendeu ainda estudar as relações existentes entre a aplicação do programa de intervenção e as escalas criadas. Desta forma, de acordo com Fortin (1999) podemos enquadrar este estudo na investigação de tipo Ensaio Clínico Randomizado (desenho experimental verdadeiro) para avaliar o efeito de tratamentos novos (programa de intervenção). O ensaio permite compreender a verificação de uma intervenção e dos resultados clínicos previstos.

Nesta perspectiva, e de forma a dar resposta às questões de investigação, o desenho do estudo de investigação consistiu num plano experimental – ensaio clínico randomizado (aleatório) “antes-após com grupo controlo”. A investigação de tipo experimental, caracteriza-se pelo estudo da relação de causalidade. Nos desenhos de tipo experimental, os termos, “antes”, corresponde ao pré-teste e “após”, corresponde ao pós-teste, são utilizados para designar a colheita de dados

antes e após tratamento. Assim, o "antes", refere-se a uma medida tomada junto dos sujeitos antes que a intervenção seja aplicada. O termo "após", refere-se à medida tomada após a aplicação da intervenção.

No que se refere à intervenção propriamente dita, ela foi constituída por um espaço-tempo de educação para a saúde relacionada com educação para os valores, construção de personalidade, estratégias de resolução e gestão de problemas, educação para o auto-controlo, promoção da auto-imagem e auto-estima; e educação para os estilos de vida saudáveis, numa perspectiva de prevenção do tabagismo.

Relativamente a este programa de intervenção, "*Par-a-Par sem Tabaco*", ele foi dirigido para os estudantes que frequentaram o 7º e 8º anos no ano lectivo 2008/2009 do 3º Ciclo do Ensino Básico, por serem jovens com idades compreendidas entre os 12 a 14 anos, idade que é consensualmente considerada chave, em termos de efeitos positivos e de consequências positivas a curto, médio e longo prazo resultante de programas de promoção da saúde (Precioso, 2006). É de referir que, este programa foi constituído por metodologias diversas, salientando-se a dinâmica de grupos e tendo por base os programas relacionados com a prevenção do tabagismo como: o "Querer é poder I" e o "Querer é poder II" (Vitória, Raposo, & Peixoto, 2001b, 2007b). É um programa de tipo psicossocial com quatro componentes básicos: um componente informativo que proporciona aos estudantes a compreensão das consequências negativas de fumar para a saúde; um componente que ajuda os estudantes a identificar a procedência das influências para fumar; um componente de treino das habilidades sociais para resistir às pressões dos companheiros para fumar e um componente em que os estudantes se comprometam publicamente a não fumar e exponham as razões que os levam a tomar a decisão.

O programa de intervenção, "*Par-a-Par sem Tabaco*" teve por base os programas: "Querer é Poder I" e "Querer é Poder II" (Programas de Prevenção do Tabagismo para o 3º Ciclo do Ensino Básico), sendo que cada sessão do "*Par-a-Par sem Tabaco*", teve correspondência com uma sessão, primeiro, do "Querer é poder I" e posteriormente, do "Querer é poder II", como se encontra representado no Quadro 4. É de referir ainda que, para além dos programas de Prevenção do Tabagismo para o 3º Ciclo do Ensino Básico, já referidos, em cada sessão do "*Par-a-Par sem Tabaco*" foram acrescentadas actividades de grupo de "Quebra gelo" e de temas relacionados com os valores e a auto-estima.

O programa "*Par-a-Par sem Tabaco*", assim baptizado por ter como pressuposto a formação pelos pares, uma vez que as acções de educação para a saúde dirigidas aos estudantes do 7º e 8º anos no ano lectivo 2008/2009 do 3º Ciclo do Ensino Básico, tiveram como formadores jovens estudantes do 1º Ciclo de Estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis. Portanto, na sua base, existiram jovens formadores, estudantes do Ensino Superior e jovens formandos, estudantes do 3º Ciclo do Ensino Básico.

Quadro 4 – Correspondência das sessões do “Programa Par-a- Par sem Tabaco” com as dos Programas: “Querer é Poder I” e “Querer é Poder II”

| Número da Sessão | Sessões do Programa “Querer é Poder I” e “Querer é Poder II” (Programa de Prevenção do Tabagismo para o 3º Ciclo do Ensino Básico) |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Programa “Querer é Poder I” |
| 1 | Sessão 1 – Tema: O que sabemos e o que queremos |
| 2 | Sessão 2 – Tema: O tabagismo e os seus efeitos |
| 3 | Sessão 3 – Tema: Tabagismo, dependência e motivos para fumar e não fumar |
| 4 | Sessão 4 – Tema: O comportamento e o meio social |
| 5 | Sessão 5 – Tema: Querer é poder |
| 6 | Sessão 6 – Tema: E eu?... O que vou fazer? |
| Programa “Querer é Poder II” | |
| 7 | Sessão 1 – Tema: Querer é poder – “Quês” e “Porquês” |
| 8 | Sessão 2 – Tema: O tabagismo |
| 9 | Sessão 3 – Tema: Somos Todos fumadores |
| 10 | Sessão 4 – Tema: “Não” é fácil |
| 11 | Sessão 5 – Tema: Tabagismo Passivo |
| 12 | Sessão 6 – Tema: Querer é poder |

Na perspectiva de Nunes e Breda (2001), os programas de educação para a saúde devem ser contínuos e multifacetados. Melhorar os estilos de vida de indivíduos e comunidades não é tarefa de curta duração. Leva tempo facilitar o processo dos indivíduos e das comunidades através dos vários estádios da mudança. Trata-se de um processo contínuo que, passa pelo acesso à informação, pela compreensão e interiorização dessa informação, pela motivação, pela capacidade e possibilidade de escolha e por várias estratégias de manutenção da mudança.

A opção da estratégia da educação pelos pares deveu-se ao facto de ser uma estratégia actual e frequentemente utilizada para responder a uma variedade de questões envolvidas na promoção da saúde, na prevenção da doença e nos comportamentos de risco (Belbeisi, Nsour, Batieha, Brown, & Walke, 2009). Segundo Sciacca e Black (Dias, 2006) a educação pelos pares é uma estratégia para ensinar, partilhar ou alterar informações, valores e comportamentos na área da saúde que ocorre entre elementos da mesma idade ou grupo social. Para Parkin e Mckeganey (Dias, 2006) “par” é alguém que se auto-identifique como pertencendo ao mesmo grupo social, com base nas características ou interesses comuns. De facto, esta é uma estratégia que poderá facilitar o processo de transmissão e compreensão de informação, pois o educador de pares e os grupos-alvo (seus pares) partilham características sócio-demográficas e culturais, interesses e estilos de vida similares. Segundo os autores, trata-se de um processo que ocorre durante um período de tempo, através do qual, indivíduos bem treinados e motivados, desenvolvem actividades educacionais informais ou organizadas, com o objectivo de desenvolver o conhecimento, atitudes, crenças e competências nos seus pares de forma a capacitá-los para protegerem a sua saúde e a das comunidades onde estão inseridos.

Um dos grandes objectivos a alcançar neste programa de intervenção foi o de criar um “*empowerment*” individual e de grupo, de modo a que os adolescentes adquirissem uma maior responsabilização sobre as decisões e acções que afectam a sua saúde e o desenvolvimento da

auto-estima, das competências de vida e das capacidades dos adolescentes, de forma a influenciar positivamente a adopção de comportamentos saudáveis, isentos de tabaco.

No processo de conquista de independência, a imagem dos adultos é muitas vezes associada a figuras de autoridade distantes. A este respeito, alguns autores (Blackburn, Wallerstein, Sanchez- Merki, in Dias, 2006), têm vincado os limites do modelo de educação que se apoia no sistema “topo para a base” e no modelo informativo baseado no conhecimento técnico especializado. Também é consensual o pressuposto de que as intervenções devem ser adaptadas e ser congruentes com os valores pessoais e sócio-culturais dos indivíduos e comunidades. Green e colaboradores (Dias, 2006) defendem a relação horizontal que ocorre entre pares, nos projectos de educação pelos pares, como um processo de influência que leva à mudança comportamental. Esta influência dos pares assume uma importância ainda mais significativa durante a adolescência.

No âmbito da educação pelos pares pretende-se que os indivíduos assumam o controlo e poder de decisão em relação às tarefas e conteúdos programáticos do projecto em que estão inseridos, tendo o apoio dos profissionais que fazem parte da equipa do projecto. O papel dos profissionais será assim o de proporcionar apoio e aconselhamento (Family Health Internacional; in Dias, 2006).

Segundo Campbell (Dias, 2006), a educação pelos pares fornece um contexto em que os pares reflectem sobre as alternativas existentes, as vantagens e desvantagens de cada opção comportamental, alteram as normas do grupo que são desfavoráveis à saúde e escolhem soluções de acordo com as suas prioridades.

É de salientar que, a todos os estudantes do ensino superior foi dada formação específica acerca das metodologias, estratégias e dinâmicas de grupo e técnicas de resolução de problemas, onde os estudantes tiveram oportunidade de conhecer, utilizar e treinar diferentes metodologias e instrumentos de trabalho, com a supervisão do coordenador do programa/investigador.

Pretendeu-se que este programa de intervenção, fosse um programa de acção participada visando a eficácia, a autonomia, a criatividade, a democracia e a partilha numa perspectiva de participação-acção-potenciação de cada elemento e de todos simultaneamente.

Assim, com o programa de intervenção pretendeu-se abrir um espaço-tempo de educação para a saúde e potenciação de estilos de vida saudáveis, isto é, um espaço-tempo informal, onde os estudantes do 3º Ciclo do Ensino Básico pudessem falar, questionar, partilhar os seus medos, dúvidas, anseios, preocupações, alegrias, sucessos, enfim tudo o que pretendessem. Este programa de formação incluiu, entre outros, exercícios de apresentação e de “quebra-gelo”, “*brainstorming*”, discussões de grupo, “*role-playing*”, jogos interactivos e sessões de perguntas e respostas, desenvolvidas a partir das percepções dos participantes.

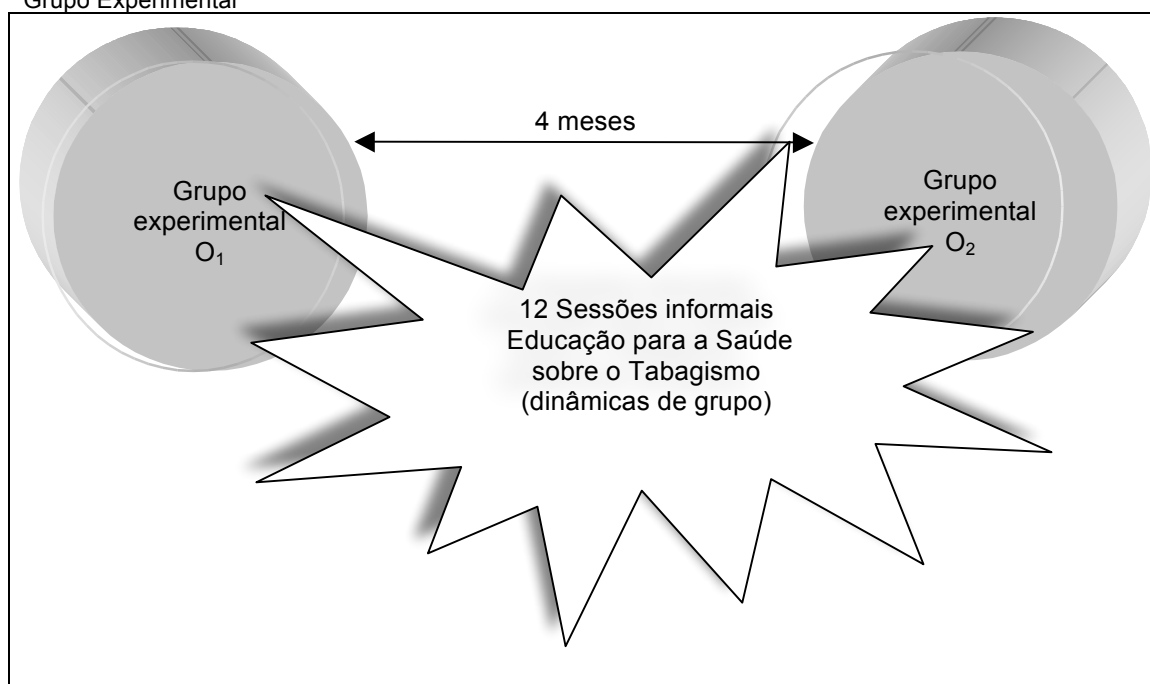
Obviamente que, este programa de intervenção, não significou “*laissez faire*”, pelo contrário, exigiu do investigador e formadores boa fundamentação científica, riqueza expressiva e fluidez, de modo a saber efectuar reajustamentos de ritmo, estabelecer pontes significativas entre

mensagens diferenciadas, marcando momentos de construção reflexiva e de certa forma controlada.

Os temas ou assuntos tratados em cada um deste espaço-tempo de “*Par-a-Par sem Tabaco*”, foram planeados e programados pelo investigador/formador em conjunto com os restantes formadores para que, em cada um destes encontros, se abordasse com maior profundidade uma determinada área do conhecimento, sendo tratado totalmente em ambiente informal, estimulando a participação activa e sempre ao ritmo dos presentes.

Assim, o programa “*Par-a-Par sem Tabaco*” decorreu nos elementos do grupo experimental, na disciplina de área de projecto, no currículo escolar dos estudantes do 7º e 8º Anos do ano lectivo 2008/2009 do 3º Ciclo do Ensino Básico com uma periodicidade semanal e uma duração trimestral, totalizando 12 sessões (Figura 2).

Figura 2 – Representação esquemática do Programa “*Par –a- Par sem Tabaco*” junto dos elementos do Grupo Experimental



Como já foi referido, tratou-se de um estudo de tipo experimental (Ensaio Clínico Randomizado). Os desenhos de tipo experimental prevêem habitualmente dois grupos de sujeitos ou de objectos. Estes grupos são denominados "grupo experimental" e "grupo de controlo", sendo que, o que os diferenciou foi que, o grupo experimental foi submetido à intervenção, neste caso, ao programa de intervenção “*Par-a-Par sem Tabaco*”, enquanto o outro grupo não foi submetido à intervenção (Fortin, Côte, & Filion, 2006).

São características essenciais dos desenhos de investigação experimental:

- A manipulação - que consiste na aplicação pelo investigador de uma variável independente, neste caso o programa de intervenção “*Par a Par sem Tabaco*”, a certos sujeitos (grupo experimental) e não a outros (grupo de controlo);
- O controlo - visa reduzir ao mínimo os enviesamentos que afectam a validade interna, este controlo efectua-se através da utilização de um grupo controlo e pela determinação das fontes de variância;
- A aleatorização - que consiste na selecção aleatória dos sujeitos e sua repartição aleatória nos grupos experimental e de controlo, para que cada elemento do estudo tenha uma probabilidade igual de fazer parte de um ou do outro grupo (Fortin, Côte, & Fillion, 2006).

Tendo em conta as características referidas, o estudo foi conduzido junto de grupos de estudantes (turmas) do 7º e 8º Anos do ano lectivo 2008/2009 do 3º Ciclo do Ensino Básico das duas Escolas Básicas e Secundárias do Concelho de Oliveira de Azeméis: Escola Básica e Secundária Ferreira de Castro e Secundária Soares Basto. Como se tratou de um plano experimental “antes-após com grupo controlo”, as turmas dos estudantes das Escolas foram repartidas nos grupos aleatoriamente e a avaliação foi feita três vezes, isto é, no início (momento zero) e no final da experiência interventiva “*Par-a-Par sem Tabaco*” (passados 4 meses) e após um ano da segunda observação. A medida fez-se sobre as variáveis dependentes predeterminadas, a Escala de Avaliação de Risco em Adolescentes, a Escala de Motivação do Fumador e a Escala de Percepção do Tabaco, nos três momentos de avaliação. Tal como já foi referido, a comparação dos scores obtidos antes da intervenção permite avaliar a equivalência dos grupos (Quadro 5). A segunda e terceira observação permitem avaliar a eficácia do programa de intervenção junto dos elementos do grupo experimental a curto e médio prazo, respectivamente.

Quadro 5 – Representação dos elementos que compõem um estudo experimental antes e após com grupo controlo

| | | | | | |
|---|--------------------|----------------|---|----------------|----------------|
| R | Grupo Experimental | O ₁ | X | O ₂ | O ₃ |
| R | Grupo Controlo | O ₁ | - | O ₂ | O ₃ |

Legenda: R = Repartição aleatória; X = Intervenção; - = Ausência de intervenção; O₁ = Observação inicial (momento 0); O₂ = Observação após o programa de intervenção (passados 4 meses de O₁); O₃ = Observação um ano após o programa de intervenção (passados 12 meses de O₂)

Este desenho antes-após permite demonstrar a eficácia da intervenção, controlando desta forma vários factores que possam afectar a validade interna, entre outros, os acontecimentos que possam surgir entre O₁, O₂ e O₃ como a maturação e o efeito de medida. Se estas variáveis exercerem uma influência, ela deverá manifestar-se de forma semelhante nos dois grupos. As variáveis independentes e dependentes estão ligadas conceptualmente e os instrumentos de medida deverão reflectir esta conceitualização.

Assim, no sentido de compreender melhor este estudo, começa-se por apresentar as questões de investigação, as hipóteses e as análises exploratórias que se pretendem testar. Apresenta-se também as variáveis em estudo e os instrumentos de colheita de dados.

1.1 – QUESTÕES E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO E ANÁLISES EXPLORATÓRIAS

O desenvolvimento do processo de investigação orientou-se no sentido de encontrar respostas a duas questões de investigação e testar duas hipóteses.

As questões de investigação incidem no domínio da percepção do adolescente relativamente ao que ele considera ser um comportamento de risco para posteriormente fazer a ponte com a percepção do tabaco e das motivações dos fumadores. Fundamenta-se na convicção de que a percepção leva a atitudes que, por sua vez, leva ao comportamento de fumar ou de não fumar, daí a importância atribuída, neste estudo, através da aplicação da variável experimental no sentido de trabalhar a percepção dos adolescentes face ao tabaco, de forma que eles tenham uma atitude e comportamento assertivos sem tabaco (Palos, et al., 2009).

As hipóteses, por seu lado, expressam uma relação plausível entre as variáveis percepção de risco do tabaco, das pessoas que fumam e do tabaco e a variável experimental programa de intervenção *“Par-a-Par sem Tabaco”* e outras variáveis relevantes para a sua compreensão e predição. Foram formuladas com base no fundamento teórico e empírico de que a adesão ao tabagismo, na adolescência, está relacionada com múltiplos factores, em que a percepção do risco, da motivação das pessoas que fumam e do tabaco são aspectos de relevo, mas não exclusivos (Cruz, et al., 2008; Falomir-Pichastori, Mugny, Invernizzi, Di Palma, & Estrada, 2007; Greene & Baneerje, 2008; Mercken, et al., 2009; Prokhorov et al., 2008; Resnicow et al., 2008; Weinbergera, Krishnan-Sarina, Mazureb, & McKee, 2008).

Pretende-se assim, testar a relação do programa de intervenção *“Par-a-Par sem Tabaco”* com os comportamentos relacionados com o tabaco e a perspectiva futura do consumo, a avaliação do risco, a percepção do tabaco e das motivações das pessoas que fumam.

Neste estudo foram duas as questões de investigação:

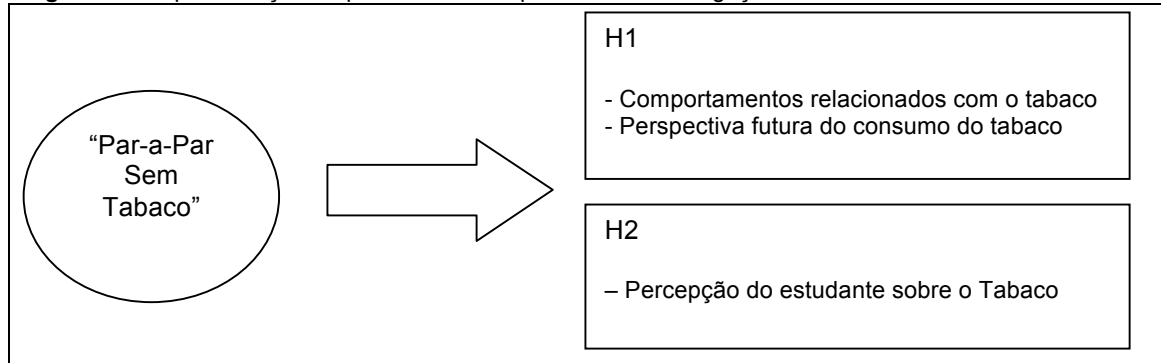
- Questão 1 - Qual o efeito do programa de intervenção *“Par-a-Par sem Tabaco”* sobre os comportamentos relacionados com o tabaco e a perspectiva futura do consumo?
- Questão 2 - Qual o efeito do programa de intervenção *“Par-a-Par sem Tabaco”* sobre a percepção do tabaco?

Das questões colocadas, pretendeu-se testar duas hipóteses de investigação (Figura 3):

- Hipótese 1 - O programa de intervenção *“Par-a-Par sem Tabaco”* influencia os comportamentos relacionados com o tabaco e a perspectiva futura do consumo;

- Hipótese 2 - O programa de intervenção “*Par-a-Par sem Tabaco*” influencia a percepção do adolescente sobre o tabaco.

Figura 3 – Representação esquemática das hipóteses de investigação



Tendo em conta o processo multicausal que caracteriza a iniciação de tabaco na adolescência (Jason, et al., 2009; C. C. Johnson et al., 2009; Palos, et al., 2009; Perry, et al., 2003; Resnicow, et al., 2008; Sloboda, Stephens, Stephens, Grey, Brent Teasdale, et al., 2009; Ursprung & DiFranza, 2010), o estudo é complementado com as seguintes análises exploratórias:

- Análise da relação entre a idade de experimentação tabágica, a avaliação do risco em adolescentes, a percepção da motivação do fumador e a percepção do tabaco em função das características sócio-demográficas: o sexo e a idade;
- Análise da relação entre o número de cigarros consumidos, perspectiva futura relativa ao consumo de tabaco, o número de amigos que fumam, a avaliação do risco em adolescentes, a percepção da motivação do fumador e a percepção do tabaco em função da experimentação, do consumo do tabaco pelo adolescente e do consumo de tabaco pelos pais;
- Análise da relação entre a idade do adolescente, a idade de experimentação tabágica, o número de cigarros consumidos, o número de amigos fumadores, a avaliação do risco em adolescentes, a percepção da motivação do fumador e a percepção do tabaco em função da forma como perspectivam a sua situação profissional;
- Análise da relação entre a avaliação de risco em adolescentes, da percepção do tabaco e da motivação dos fumadores em função da utilização de estratégias de coping.

1.2 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo foi constituída pelos estudantes que frequentam o 7º e 8º Anos do 3º Ciclo do Ensino Básico do Concelho de Oliveira de Azeméis inscritos no ano lectivo

2008/2009. A amostra foi constituída por 310 estudantes que frequentam o 7º e 8º anos das Escola Básica e Secundárias Ferreira de Castro e Soares Basto de Oliveira de Azeméis no ano lectivo 2008/2009 (a primeira e segunda observação) e foi feita por amostragem aleatória em conglomerados (turmas). Neste sentido, 153 estudantes constituem o grupo de controlo (7ºA, 7ºC, 8ºA, 8ºC da Escola Básica e Secundária Ferreira de Castro e 7ºB, 7ºC e 8ºC da Escola Secundária Soares Basto) e 157 estudantes constituem o grupo experimental (7ºB, 8ºB, 8ºD e 8ºE da Escola Básica e Secundária Ferreira de Castro e 7ºA, 8ºA e 8ºB da Escola Secundária Soares Basto).

A avaliação realizada, um ano após a aplicação do programa de intervenção (terceira observação), foi realizada no ano lectivo 2009/2010.

Dada a permeabilidade dos estudantes entre as turmas, os anos ou mesmo a Escola, nos vários anos lectivos; na terceira avaliação, no instrumento de colheita de dados, foi introduzida a questão relativa à turma, ao ano e escola que frequentou no ano lectivo 2008/2009 (referência ao ano lectivo anterior). Desta forma, os estudantes que não participaram no ano lectivo 2008/2009 no estudo, ou que não preencheram este campo, foram automaticamente excluídos da amostra. Os estudantes que participaram no estudo no ano lectivo 2008/2009 foram encaixados, na terceira observação, na turma, ano e escola de referência do ano lectivo 2008/2009. Este procedimento visou controlar a entrada de novos elementos e a colocação dos estudantes, na base de dados, nos respectivos grupos de controlo e experimental.

Assim, neste estudo, do ano lectivo 2008/2009 para 2009/2010, verificou-se a perda de sujeitos da amostra, como aliás, era previsível, por se tratar de um estudo longitudinal. Verificou-se que no grupo de controlo obtivemos, na primeira e segunda observação, 153 elementos e na terceira observação, 132 elementos. No grupo experimental, na primeira e segunda observação, obtivemos 157 elementos e na terceira observação, 150 elementos. Desta forma, conclui-se que, foi no grupo de controlo, onde se perderam mais elementos na terceira observação. Uma explicação provável para a perda de sujeitos no grupo de controlo, foi a omissão no preenchimento da turma, ano e escola do ano lectivo anterior que, obrigou à exclusão automática do estudo. No grupo experimental, os estudantes, provavelmente pelo conhecimento do programa, registaram adequadamente o dado solicitado, tendo sido encaixados no respectivo grupo, registando-se uma menor perda de sujeitos.

A participação dos estudantes foi voluntária, sendo o seu consentimento de resposta precedido de informação sobre o âmbito e finalidades do estudo. Todos os estudantes aceitaram participar no estudo.

Caracterização geral da amostra

A média da idade dos elementos da amostra do grupo de controlo é de 12,82 anos de idade, com um desvio padrão de 0,82 anos. A média de idades dos elementos da amostra do grupo experimental é de 13,17 anos de idade, com um desvio padrão de 0,84 anos (Quadro 6).

Por se tratar de uma amostra em conglomerados (turmas), não foi possível emparelhar o grupo experimental e o de controlo em função da variável atributo idade. Desta forma, os elementos do grupo experimental apresentam, em média, mais 4 meses de idade do que os elementos do grupo de controlo, com diferenças estatísticas altamente significativas (Quadro 6). Este resultado permite-nos concluir que o grupo experimental e o de controlo não são homogéneos quanto à variável idade, pelo que obriga a ponderação aquando da análise e discussão dos resultados na comparação do grupo de controlo com o experimental.

Quadro 6 – Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença segundo a idade

| | N | Média | SD | Média Rankings | U | Sig |
|---------------------|-----|-------|------|----------------|--------|--------------|
| Controlo | 153 | 12,82 | 0,82 | 137,79 | 9301,5 | 0,000 |
| Experimental | 157 | 13,17 | 0,84 | 172,75 | | |

Teste U de Mann Witney

Da análise do Quadro 7, podemos constatar que, os dois grupos (o experimental e o de controlo), são relativamente homogéneos no que se refere à variável sexo. Também no total da amostra, as categorias: feminino e masculino, estão equilibradas.

Quadro 7 – Distribuição dos elementos da amostra por grupos e total segundo o sexo

| Sexo | Controlo | | Experimental | |
|------------------|----------|------|--------------|------|
| | N | % | N | % |
| Feminino | 81 | 52,9 | 78 | 49,7 |
| Masculino | 72 | 47,1 | 79 | 50,3 |
| Total | 153 | 100 | 157 | 100 |

1.3 – VARIÁVEIS

As variáveis do estudo foram seleccionadas em função das questões de investigação, hipóteses e análises exploratórias formuladas.

Variáveis dependentes

As variáveis centrais do estudo, constituindo o núcleo das questões de investigação e assumindo nas hipóteses o papel de variáveis dependentes, são: a experimentação tabágica, a idade de experimentação tabágica, o consumo de tabaco, o número de cigarros consumidos semanalmente pelos fumadores, a perspectiva futura relativamente ao consumo de tabaco, a avaliação de risco em adolescentes, a percepção da motivação do fumador e a percepção do tabaco.

A variável experimentação tabágica é uma variável qualitativa dicotómica que é operacionalizada em: sim ou não, caso tenha ou não experimentado o tabaco, respectivamente.

A variável idade de experimentação tabágica é uma variável quantitativa inteira que, representa a idade (número de anos completos) em que o adolescente experimentou pela primeira vez o tabaco.

A variável consumo de tabaco é uma variável qualitativa dicotómica que é operacionalizada em: sim ou não, caso o adolescente fume ou não, respectivamente.

A variável número de cigarros consumidos semanalmente pelos fumadores, trata-se de uma variável quantitativa inteira que traduz o número de cigarros que cada fumador consome por semana.

A variável futuro fumador é uma variável qualitativa ordinal operacionalizada em: não, não sei e sim, consoante o adolescente não queira ser fumador, não saiba ou queira ser fumador.

As variáveis: avaliação de risco em adolescentes, percepção da motivação do fumador e a percepção do tabaco são operacionalizadas em escalas próprias, estando organizadas por dimensões de acordo com um processo de derivação racional e empírica que à frente se descreve.

Variável independente

Neste estudo, a variável independente, é a variável experimental o programa de intervenção “*Par-a-Par sem Tabaco*” que, esteve presente ou não, consoante se tratou do grupo experimental ou de controlo, respectivamente.

Variáveis Sócio-demográficas

Foram estudadas as variáveis sócio demográficas consideradas mais relevantes no sentido de caracterizar a amostra e de permitir a análise exploratória das relações destas com as variáveis dependentes consideradas neste estudo.

Relativamente às variáveis sócio demográficas considera-se a idade e o sexo. A idade trata-se de uma variável quantitativa inteira que, representa o número de anos completos de cada elemento da amostra. O sexo trata-se de uma variável qualitativa dicotómica que será operacionalizada em sexo feminino e sexo masculino.

Projecção da situação profissional

Relativamente à projecção futura (ao fim de 10 anos) da situação profissional do adolescente, esta permitiu uma resposta aberta que, foi posteriormente agrupada em 10 categorias que, correspondem à operacionalização da variável situação profissional (qualitativa ordinal), segundo a Classificação Nacional de Profissões (INE, 2004), a que foi acrescentado duas categorias (não activos e sem referencia):

1. Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa que, compreende os quadros superiores da administração pública, os directores de empresa, os directores e gerentes de pequenas empresas;
2. Especialistas das profissões intelectuais e científicas que, compreende os especialistas das ciências físicas, matemáticas e engenharia, os especialistas das ciências da vida e profissionais da saúde, os docentes do ensino secundário, superior e profissões similares e outros especialistas das profissões intelectuais e científicas;
3. Técnicos e profissionais de nível intermédio que, compreende os técnicos e profissionais de nível intermédio das ciências físicas e químicas, da engenharia e trabalhadores similares, profissionais de nível intermédio das ciências da vida e da saúde, os profissionais de nível intermédio do ensino e outros técnicos e profissionais de nível intermédio;
4. Pessoal administrativo e similares que, compreende os empregados de escritório e empregados de recepção, caixas, bilheteiras e similares;
5. Pessoal dos serviços e vendedores que, compreende o pessoal dos serviços directos e particulares, de protecção e segurança e os manequins, vendedores e demonstradores;
6. Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas compreende os agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, criação de animais e pescas e os agricultores e pescadores - agricultura e pesca de subsistência;
7. Operários, artífices e trabalhadores similares que, compreende os operários, artífices e trabalhadores similares das indústrias extractivas e da construção civil, os trabalhadores da metalurgia e da metalomecânica e trabalhadores similares, os mecânicos de precisão, oleiros e vidreiros, artesãos, trabalhadores das artes gráficas e trabalhadores similares, outros operários, artífices e trabalhadores similares;
8. Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem que, compreende os operadores de instalações fixas e similares, os operadores de máquinas, trabalhadores de montagem e os condutores de veículos e embarcações e operadores de equipamentos pesados móveis;
9. Trabalhadores não qualificados que, compreende os trabalhadores não qualificados dos serviços e comércio, os trabalhadores não qualificados da agricultura e pescas e os trabalhadores não qualificados das minas, da construção e obras públicas, da indústria transformadora e dos transportes;
10. Membros das forças armadas;
11. Não activo;
12. Sem referência.

Variáveis de consumo do tabaco pelos pais do adolescente

Relativamente ao consumo de tabaco pelos pais do adolescente, considerou-se uma variável qualitativa dicotómica que foi operacionalizada em não e sim. Se sim, foi também considerado qual dos pais consome tabaco: o pai, a mãe ou os dois (qualitativa).

Variável relacionada com a utilização de mecanismos de coping

Foi estudada a variável mecanismos de coping que, como as anteriores tiveram como finalidade caracterizar a amostra e permitir a análise exploratória das variáveis dependentes consideradas neste estudo. Para a operacionalização desta variável foi utilizada a “*Escala Toulousiana de Coping*” (Anexo II) para avaliar a forma como os jovens lidam com as situações adversas e os mecanismos de coping que utilizam.

1.4 - INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Devido a não conhecermos a existência de questionários adaptados para a população portuguesa para medir os conceitos em análise, optou-se neste estudo, pela criação de três instrumentos de colheita de dados, um sobre a avaliação do risco, outro sobre a percepção da motivação do fumador (estes dois foram aplicados no momento inicial, no final do programa de intervenção e passado um ano) e finalmente um sobre a percepção do tabaco (aplicado apenas passado um ano). Foi examinada a consistência interna e a validade factorial dessas escalas entre os elementos da amostra.

Foi ainda utilizado um outro instrumento de colheita de dados a “*Escala Toulousiana de Coping*”, validado para a população portuguesa, aplicado passado um ano da aplicação do programa de intervenção, com o objectivo de caracterizar as estratégias de coping mais utilizadas pelos adolescentes (Tap, Costa e Alves; 2005).

Foi realizado o pré-teste aos instrumentos de colheita de dados junto de dez jovens que frequentaram o 7º e 8º Anos de escolaridade, não se tendo registado dificuldades no seu preenchimento.

Os instrumentos de colheita de dados foram criados para este estudo tendo em conta os objectivos preconizados e de forma a dar resposta às questões de investigação e análises exploratórias enunciadas. Estes instrumentos de colheita de dados foram administrados em três momentos, no momento inicial, no final da aplicação do programa de intervenção e passado um ano. Isto é, antes da introdução da manobra experimental, imediatamente após e passado um ano, nos grupos experimental e de controlo.

A construção dos instrumentos de colheita de dados foi precedida de uma revisão da literatura sobre a temática do tabagismo na adolescência, em primeira linha no sentido da sua análise conceptual (Health, Abuse, Adolescence, & Health, 2009; Mayhew, et al., 2000; Nunes, et

al., 2008; Palos, et al., 2009; Precioso, 2006; Precioso, 1999; Precioso & Macedo, 2004; Sims & Abuse, 2009; Vitória, et al., 2001b, 2007b), e posteriormente, através dos relatórios de diversas investigações sobre a percepção dos riscos, das pessoas que fumam e do tabaco, para identificação de indicadores que traduzissem os fenómenos em estudo (Andrews & Duncan, 1998; Cruz, et al., 2008; Falomir-Pichastori, et al., 2007; Greene & Baneerje, 2008; Mercken, et al., 2009; Resnicow, et al., 2008; Trigo, 2005; Vitória, et al., 2001b, 2007b; Weinbergera, et al., 2008).

Com base na revisão da literatura foi desenhada a árvore dos conceitos em estudo desde as grandes áreas dos conceitos até aos indicadores.

Para cada um dos instrumentos de colheita de dados utilizado, com excepção da Escala Toulousiana de Coping, por se tratar de um instrumento de colheita de dados já aferido para a População Portuguesa, foi feita a análise factorial exploratória com o objectivo de analisar a relação entre as variáveis sem determinar em que medida os resultados se ajustam a um modelo. Assim, constituiu objectivo da análise factorial encontrar os factores subjacentes num grupo de variáveis.

Apesar do tamanho da amostra (suficientemente grande), na primeira, segunda e terceira observação (antes, após a intervenção e passado um ano), os factores identificados na análise factorial não se mantiveram os mesmos, houve ligeiras flutuações. No entanto, nas grandes dimensões, eles foram mantidos.

O método utilizado para a análise factorial foi o dos componentes principais com rotação ortogonal de tipo varimax que “(...) *é um procedimento estatístico multivariado que permite transformar um conjunto de variáveis quantitativas iniciais correlacionadas entre si..., noutro conjunto com um menor número de variáveis não correlacionadas (ortogonais) e designadas por componentes principais..., que resultam de combinações lineares das variáveis iniciais, reduzindo a complexidade de interpretação dos dados*” (Pestana & Gageiro; 2003, p.505).

As componentes principais são calculadas por ordem decrescente de importância, isto é, a primeira explica a máxima variância dos dados, a segunda a máxima variância ainda não explicada pela primeira, e assim sucessivamente. A última componente será a que menos contribui para a explicação da variância total dos dados.

Quando os factores (loadings) para cada variável são elevados, identificam o factor a que, cada variável se associa, no entanto se forem intermédios, indicam que a variável se associa a mais de um factor, levantando por vezes a problemas de interpretação.

O método Varimax minimiza o número de variáveis com elevados *loadings* num factor, obtendo uma solução, na qual cada componente principal se aproxima de ± 1 , no caso de associação entre ambas, ou de zero, no caso de ausência de associação. Em geral consideram-se significativos os *loadings* maiores ou iguais a 0,5, por serem pelo menos responsáveis por 25% da variância.

O Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), é uma estatística que varia entre zero e um, e compara as correlações de ordem zero com as correlações parciais observadas entre as variáveis.

O KMO perto de 1 indica coeficientes de correlação parciais pequenos, enquanto valores próximos do zero indica que a análise factorial pode não ser boa estratégia, porque existe uma correlação fraca entre as variáveis. Kaiser adjectiva os valores do KMO como se apresentam do Quadro 8.

Quadro 8 – Classificação dos valores de Kaiser-Meyer-Olkin segundo o seu significado para a análise factorial

| KMO | Análise factorial |
|---------------|-------------------|
| 1- 0,9 | Muito boa |
| 0,8-0,9 | Boa |
| 0,7-0,8 | Média |
| 0,6-0,7 | Razoável |
| 0,5-0,6 | Má |
| Menor que 0,5 | Inaceitável |

Fonte: (Pestana & Gageiro, 2003, p.505)

1.4.1 - Escala de Avaliação de Risco em Adolescentes (EARA)

Considerando critérios como a clareza, a objectividade e a representatividade temática a Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes foi constituída e organizada na versão utilizada no instrumento de colheita de dados, por 12 itens, conforme Quadro 9.

Na elaboração do modelo de análise para a construção da escala de avaliação do risco em adolescentes foi tido em conta a centralidade do estudo na variável do tabaco, numa perspectiva de o comparar com outros riscos, de modo a melhor perceber a significação que os mesmos têm do tabaco (Quadro 9). Das questões levantadas e pela análise racional prévia surgem três dimensões: o risco relacionado com os consumos, com a saúde e com a auto-estima.

Quadro 9 – Distribuição dos itens da versão inicial (12 itens) da “Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes” pelas respectivas dimensões

| DIMENSÕES | ITENS |
|--------------------------------------|--------------------------|
| Risco relacionado com os consumos | 5 itens (2; 4; 7; 9; 11) |
| Riscos relacionados com a saúde | 3 itens (3; 6; 12) |
| Risco relacionados com a auto-estima | 3 itens (1; 5; 10) |

De modo a tornar as respostas mais espontâneas, procedeu-se ao “baralhamento” dos itens. Relativamente a cada item, os inquiridos foram solicitados, de acordo com o grau de concordância, a responderem utilizando uma escala tipo Likert de 1 a 5 pontos traduzindo:

1. Discordo totalmente;
2. Discordo;
3. Nem discordo e nem concordo;
4. Concordo;
5. Concordo totalmente.

A cotação da escala fez-se considerando a soma dos pontos correspondentes às respostas nos itens de cada dimensão e no global (somatório da totalidade dos itens), podendo esta ser interpretada com medida de concordância de alto risco.

Atendendo a que esta primeira versão de 12 itens correspondeu a um teste piloto (Quadro 10), posteriormente à colheita de dados (do primeiro momento), desenvolvemos um processo de análise e selecção dos itens a manter na versão final utilizada neste estudo. Esta selecção foi realizada de modo a que, sem perder a representatividade de conteúdo, se conseguisse uma versão final da EARA menos extensa e com boas características psicométricas de fiabilidade e validade.

A – Selecção dos itens para a versão final

Os itens da versão final foram avaliados em termos da sua correlação com o total da escala, o coeficiente alfa de Cronbach e as suas medidas descritivas de resumo. Foi também considerada a relevância conceptual dos itens no quadro das dimensões em que se integram e as suas saturações em sucessivas análises factoriais. Com base nestes critérios, foi excluído um item, restando na escala 11 itens (Quadro 11).

Quadro 10 – Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna de alfa de Cronbach da “Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes” – Versão inicial (N= 310)

| Itens | | Média | Desvio Padrão | Correlação com o total (corrigido) | Alfa se o item for eliminado |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------|------------------------------------|------------------------------|
| 1 | Fazer qualquer coisa só para que os outros nos admirem | 3,01 | 1,21 | 0,512 | 0,874 |
| 2 | Consumir regularmente bebidas alcoólicas | 3,35 | 1,55 | 0,692 | 0,863 |
| 3 | Ter relações sexuais com preservativo | 2,52 | 1,20 | -0,299 | 0,919 |
| 4 | Apanhar uma bebida com um grupo de amigos | 3,25 | 1,37 | 0,685 | 0,864 |
| 5 | Ser deixado pelo(a) namorado(a) | 2,54 | 1,18 | 0,373 | 0,880 |
| 6 | Sair à noite de casa sem autorização dos pais | 3,27 | 1,45 | 0,774 | 0,858 |
| 7 | Aceitar um cigarro | 3,20 | 1,51 | 0,761 | 0,858 |
| 8 | Não saber defender-se de situações violentas | 3,36 | 1,41 | 0,631 | 0,867 |
| 9 | Aceitar uma bebida alcoólica | 3,19 | 1,37 | 0,771 | 0,859 |
| 10 | Não conseguir pensar por si próprio e assumir as suas próprias opiniões | 3,10 | 1,18 | 0,599 | 0,870 |
| 11 | Consumir regularmente cigarros | 3,41 | 1,62 | 0,823 | 0,853 |
| 12 | Não se responsabilizar pela sua própria saúde | 3,46 | 1,63 | 0,729 | 0,860 |
| Alfa de Cronbach | | | 12 itens =0,880 | | |

O item 3 da versão inicial (“*ter relações sexuais com preservativo*”) foi eliminado, pois correspondendo a uma situação de “não risco”, apresenta correlações negativas com o total da escala (-0,299).

Quadro 11 – Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna de alfa de Cronbach da “Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes” – Versão final (N= 310)

| | Itens | Média | Desvio Padrão | Correlação com o total (corrigido) | Alfa se o item for eliminado |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|
| 1 | Fazer qualquer coisa só para que os outros nos admirem | 3,01 | 1,21 | 0,513 | 0,919 |
| 2 | Consumir regularmente bebidas alcoólicas | 3,35 | 1,55 | 0,722 | 0,909 |
| 3 | Apanhar uma bebedeira com um grupo de amigos | 3,25 | 1,37 | 0,693 | 0,911 |
| 4 | Ser deixado pelo(a) namorado(a) | 2,54 | 1,18 | 0,365 | 0,924 |
| 5 | Sair à noite de casa sem autorização dos pais | 3,27 | 1,45 | 0,790 | 0,906 |
| 6 | Aceitar um cigarro | 3,20 | 1,51 | 0,777 | 0,914 |
| 7 | Não saber defender-se de situações violentas | 3,36 | 1,41 | 0,631 | 0,907 |
| 8 | Aceitar uma bebida alcoólica | 3,19 | 1,37 | 0,774 | 0,916 |
| 9 | Não conseguir pensar por si próprio e assumir as suas próprias opiniões | 3,10 | 1,18 | 0,587 | 0,902 |
| 10 | Consumir regularmente cigarros | 3,41 | 1,62 | 0,843 | 0,908 |
| 11 | Não se responsabilizar pela sua própria saúde | 3,46 | 1,63 | 0,750 | 0,911 |
| Alfa de Cronbach | | 11 itens =0,919 | | | |

A análise da versão da escala (Quadro 11), composta pelos 11 itens revela uma elevada consistência interna ($\alpha = 0,919$), tendo esta, melhorado em relação à versão inicial de 12 itens ($\alpha = 0,880$). É de salientar que a correlação de cada item para o total da escala é superior a 0,50.

Fidelidade

Nas sub-escalas obtidas, agrupando os itens por dimensões de acordo com o processo de derivação racional e empírica, a totalidade dos itens obteve um coeficiente de correlação com o subtotal respectivo superior a 0,30 (Quadro 12) no momento inicial.

De facto, duas sub-escalas apresentam valores de consistência interna, medida através do alfa de Cronbach, bastante satisfatórios, especialmente a sub-escala dos comportamentos. A sub-escala auto-estima inclui três itens e tem um $\alpha = 0,633$ e a sub-escala dos comportamentos inclui 7 itens, apresentando um $\alpha = 0,928$. Em relação à totalidade dos 11 itens da escala o alfa de Cronbach ($\alpha = 0,919$) constitui um indicador abonatório do EARA como um instrumento de medida de elevada fiabilidade.

Quadro 12 – Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de correlação dos itens com o total de cada dimensão da “Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes” e respectivos coeficientes de consistência interna de alfa de Cronbach no momento inicial (N=310)

| Dimensões | Itens | Média | Desvio Padrão | Correlação com o total (corrigido) | Alfa se o item for eliminado | Alfa de Cronbach |
|------------------|-------|----------|---------------|------------------------------------|------------------------------|------------------|
| Auto-estima | 1 | 3,01 | 1,21 | 0,462 | 0,507 | 0,633 |
| | 4 | 254 | 1,18 | 0,401 | 0,592 | |
| | 9 | 3,10 | 1,18 | 0,466 | 0,503 | |
| Comportamentos | 2 | 3,35 | 1,55 | 0,705 | 0,922 | 0,928 |
| | 3 | 3,25 | 1,37 | 0,705 | 0,922 | |
| | 5 | 3,27 | 1,45 | 0,781 | 0,916 | |
| | 6 | 3,20 | 1,51 | 0,804 | 0,914 | |
| | 7 | 3,36 | 1,41 | 0,610 | 0,929 | |
| | 8 | 3,19 | 1,37 | 0,804 | 0,915 | |
| | 10 | 3,41 | 1,62 | 0,862 | 0,909 | |
| | 11 | 3,46 | 1,63 | 0,762 | 0,918 | |
| Alfa de Cronbach | | 11 itens | | | | 0,919 |

Da análise dos Quadros 12 e 13, podemos verificar que, o instrumento EARA apresenta ao longo das suas aplicações estabilidade temporal (comparando as três medições: momento inicial, após o programa de intervenção e passado 1 ano), pela proximidade dos valores apresentados ao longo das três aplicações, quer no que se refere à totalidade da escala, quer em cada uma das sub-escalas.

Quadro 13 – Estatísticas de evolução da homogeneidade dos itens e coeficientes de correlação dos itens com o total de cada dimensão da “Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes” e respectivos coeficientes de consistência interna de alfa de Cronbach no 2º (imediatamente no fim do programa de intervenção) e 3º momento (passado 1 ano do 2º momento)

| Dimensões | | Itens | 2º Momento (N=310) | | | 3º Momento (N=282) | | |
|----------------|------------------|-------|------------------------------------|------------------------------|------------------|------------------------------------|------------------------------|------------------|
| | | | Correlação com o total (corrigido) | Alfa se o item for eliminado | Alfa de Cronbach | Correlação com o total (corrigido) | Alfa se o item for eliminado | Alfa de Cronbach |
| Auto-estima | 1 | 0,353 | 0,547 | 0,586 | 0,361 | 0,449 | 0,549 | |
| | 4 | 0,352 | 0,550 | | 0,249 | 0,609 | | |
| | 9 | 0,487 | 0,342 | | 0,487 | 0,245 | | |
| Comportamentos | 2 | 0,704 | 0,879 | 0,895 | 0,689 | 0,875 | 0,891 | |
| | 3 | 0,595 | 0,889 | | 0,564 | 0,867 | | |
| | 5 | 0,612 | 0,888 | | 0,650 | 0,879 | | |
| | 6 | 0,752 | 0,874 | | 0,672 | 0,877 | | |
| | 7 | 0,628 | 0,886 | | 0,627 | 0,881 | | |
| | 8 | 0,591 | 0,890 | | 0,611 | 0,883 | | |
| | 10 | 0,768 | 0,873 | | 0,771 | 0,867 | | |
| | 11 | 0,760 | 0,873 | | 0,744 | 0,870 | | |
| | Alfa de Cronbach | | 11 itens | | 0,895 | 11 itens | | 0,890 |

Validade

Relativamente à validade da “Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes”, isto é, até que ponto o que se mede corresponde ao que se pretende avaliar, embora baseados em dados

que apresentamos no capítulo dos resultados, sublinhamos como argumento favoráveis os seguintes:

- O ajustamento observado entre a estrutura de derivação empírica resultante da análise factorial e a organização dimensional derivada racionalmente (validade estrutural);
- A distribuição dos itens dando resposta às várias temáticas identificadas pelos autores consultados, entendido como um critério relevante de validade de conteúdo (Quadro 14).

B – Estrutura Dimensional da Escala

Na elaboração do modelo de análise para a construção da escala de percepção de risco foi tido em conta a centralidade do estudo na variável do tabaco, numa perspectiva de o comparar com outros riscos, de modo a melhor perceber a significação que os mesmos têm do tabaco.

Procedeu-se à análise factorial dos componentes principais com rotação ortogonal de tipo varimax dos dados obtidos com a versão final (Quadro 14).

Quadro 14 – Estrutura factorial da “Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes” – versão final (11 itens) (N = 310)

| Itens | | Cargas factoriais | |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------|
| | | Factor 1 Comportamentos | Factor 2 Auto-estima |
| 8 | Aceitar uma bebida alcoólica | 0,864 | |
| 6 | Aceitar um cigarro | 0,855 | |
| 10 | Consumir regularmente cigarros | 0,855 | |
| 11 | Não se responsabilizar pela sua saúde | 0,772 | |
| 5 | Sair à noite de casa sem autorização dos pais | 0,760 | |
| 3 | Apanhar uma bebedeira com um grupo de amigos | 0,758 | |
| 2 | Consumir regularmente bebidas alcoólicas | 0,708 | |
| 7 | Não saber defender-se de situações violentas | 0,554 | 0,439 |
| 4 | Ser deixado pelo namorado | | 0,828 |
| 1 | Fazer qualquer coisa só para que os outros nos admirem | | 0,670 |
| 9 | Não conseguir pensar por si próprio e assumir as suas próprias opiniões | | 0,605 |
| Eigen value (%) | | 55,76 | 9,68 |
| Variância explicada após rotação | | 45,71% | 19,73% |
| Total | | 65,44 | |
| KMO | | 0,924 | |
| Sig. Teste de Bartlett | | 0,000 | |

O factor 1 explica 45,71% do total da variância e representa principalmente os itens que traduzem o risco relacionado com os comportamentos que resulta da junção das duas dimensões consideradas racionalmente (risco relacionado com os consumos e risco relacionado com a saúde) utilizadas na fase da construção da versão experimental da EARA. O factor 2 explica 19,73% do total da variância e representa o risco relacionado com a auto-estima. No seu conjunto, a escala explica 65,44% do total da variância (Quadro 14).

O Valor de Kaiser-Meyer-Olkin é de 0,924, traduzindo um muito bom valor de análise factorial.

Dos resultados da análise factorial, verifica-se que a dimensão, risco relacionado com a saúde, prevista na dimensão derivada racionalmente (versão inicial), é integrada conjuntamente com o risco relacionado com os consumos, constituindo estas duas áreas temáticas de uma só dimensão: o risco relacionado com os comportamentos (versão final – Quadro 15). Para além desta alteração, não se verificaram outras, na medida em que os itens se mantêm integrados na dimensão/temática previstas na versão inicial.

Verifica-se que a estrutura factorial empírica se ajusta bastante bem à organização racional definida após revisão, reconsiderando a natureza conceptual dos itens (Quadro 15).

Quadro 15 – Distribuição dos itens da versão final (11 itens) da “Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes” pelas respectivas dimensões e temáticas

| DIMENSÕES/TEMÁTICAS | ITENS |
|------------------------------------------------|------------------|
| Risco relacionado com os comportamentos | 8 itens |
| Consumos | (2; 3; 6; 8; 10) |
| Saúde | (5; 7; 11) |
| Risco relacionado com a auto-estima | 3 itens |
| | (1; 4; 9) |

Em geral, os resultados obtidos confirmam a natureza bidimensional da avaliação dos riscos em adolescentes, constituído por uma diferenciação em duas dimensões no estudo das hipóteses formuladas e nas análises exploratórias realizadas.

1.4.2 - Escala de Motivação do Fumador (EMF)

Considerando os critérios como a clareza, a objectividade e a representatividade temática, a Escala de Motivação do Fumador foi constituída e organizada na versão utilizada no instrumento de colheita de dados por 27 itens, conforme Quadro 16.

A construção da escala foi precedida de revisão da literatura sobre os factores promotores da iniciação e manutenção do consumo de tabaco. Com base na pesquisa bibliográfica, elaboramos um questionário que resultou, pela derivação racional em cinco dimensões: imagem de modernidade e adultez, sucesso, curiosidade e acessibilidade ao tabaco, imitação e efeitos a curto prazo (Quadro 16).

Quadro 16 – Distribuição dos itens da versão inicial (27 itens) da “Escala de Motivação do Fumador” pelas respectivas dimensões/temáticas

| DIMENSÕES/TEMÁTICAS | ITENS |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Imagem de modernidade e adultez | 6 itens (4; 5; 8; 14; 18; 27) |
| Sucesso Pessoal Profissional | 7 itens (1; 15; 16; 17; 22) (23; 24) |
| Curiosidade e acessibilidade ao tabaco Curiosidade Acessibilidade ao tabaco | 4 itens (6; 19) (25; 26) |
| Imitação | 2 itens (2; 3) |
| Efeitos a curto prazo | 8 itens (7; 9; 10; 11; 12; 13; 20; 21) |

Relativamente a cada item, os inquiridos foram solicitados, de acordo com o grau de concordância, a responderem utilizando uma escala tipo Likert de 1 a 5 pontos traduzindo:

1. Discordo totalmente;
2. Discordo;
3. Nem discordo e nem concordo;
4. Concordo;
5. Concordo totalmente.

A cotação da escala fez-se considerando a soma dos pontos correspondentes às respostas nos itens de cada dimensão e no global (somatório da totalidade dos itens), podendo esta ser interpretada como medida de concordância.

Atendendo a que esta primeira versão de 27 itens (Quadro 17) correspondeu a um teste piloto, posteriormente à colheita de dados (do primeiro momento), desenvolvemos um processo de análise e selecção dos itens a manter na versão final utilizada neste estudo. Esta selecção foi realizada de modo a que, sem perder a representatividade de conteúdo, se conseguisse uma versão final da Escala de Motivação do Fumador menos extensa e com boas características psicométricas de fiabilidade e validade.

A – Selecção dos itens para a versão final

Os itens da versão final foram avaliados em termos da sua correlação com o total da escala, o coeficiente alfa de Cronbach e as suas medidas descritivas de resumo. Foi também considerada a relevância conceptual dos itens no quadro das dimensões em que se integram e as suas saturações em sucessivas análises factoriais. Com base nestes critérios foram excluídos quatro itens, restando na escala 23 itens (Quadro 18).

Fidelidade

A fidelidade da escala foi avaliada através do coeficiente alfa de Cronbach. O coeficiente alfa de Cronbach obtido para a globalidade dos itens revela boa consistência interna ($\alpha = 0,850$) (Quadro 17), apresentando quatro itens coeficientes de correlação com o score total abaixo de 0,3 (item 8 - “*para emagrecer*”; item 11 - “*Para se acalmarem*”; item 15 - “*para fazer novas amizades*” e item 21 - “*porque o tabagismo não é uma doença*”). Evidencia-se a correlação muito fraca e não significativa nos quatro itens, revelando-se estes itens pouco coerentes com o conceito geral que se pretende medir.

Quadro 17 – Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna de alfa de Cronbach da “Escala de Motivação do Fumador” – Versão inicial (N= 310)

| | Itens | Média | Desvio Padrão | Correlação com o total (corrigido) | Alfa se o item for eliminado |
|-------------------------|------------------------------------------|------------------|---------------|------------------------------------|------------------------------|
| 1 | Por questões pessoais | 3,13 | 1,05 | 0,308 | 0,847 |
| 2 | Porque os pais também fumam | 3,03 | 1,12 | 0,331 | 0,847 |
| 3 | Porque os irmãos e amigos fumam | 3,54 | 1,10 | 0,460 | 0,844 |
| 4 | Para mostrarem que já são adultos | 3,84 | 1,12 | 0,480 | 0,843 |
| 5 | Porque desejam comportar-se como adultos | 3,72 | 1,13 | 0,506 | 0,842 |
| 6 | Por curiosidade | 3,68 | 1,00 | 0,394 | 0,846 |
| 7 | Por prazer | 3,55 | 1,03 | 0,399 | 0,845 |
| 8 | Para emagrecer | 2,80 | 2,08 | 0,252 | 0,853 |
| 9 | Para esquecer os problemas | 3,65 | 1,06 | 0,465 | 0,844 |
| 10 | Para resolver os problemas | 2,93 | 1,23 | 0,583 | 0,840 |
| 11 | Para se acalmarem | 3,48 | 2,55 | 0,259 | 0,856 |
| 12 | Para se sentirem descontraídos | 3,49 | 1,08 | 0,499 | 0,843 |
| 13 | Para terem mais coragem | 3,02 | 1,09 | 0,567 | 0,841 |
| 14 | Para chamar a atenção | 3,67 | 1,18 | 0,554 | 0,841 |
| 15 | Para fazer novas amizades | 3,21 | 2,47 | 0,266 | 0,855 |
| 16 | Para ficarem mais simpáticos | 2,25 | 1,06 | 0,527 | 0,842 |
| 17 | Para ficarem mais atraentes | 2,38 | 1,15 | 0,565 | 0,841 |
| 18 | Para estarem na moda | 2,82 | 1,27 | 0,532 | 0,841 |
| 19 | Para experimentarem o sabor do tabaco | 3,41 | 1,10 | 0,512 | 0,842 |
| 20 | Porque gostam do sabor do tabaco | 3,11 | 1,13 | 0,518 | 0,842 |
| 21 | Porque o tabagismo não é uma doença | 2,72 | 3,00 | 0,234 | 0,863 |
| 22 | Para frequentarem o grupo de amigos | 3,46 | 1,23 | 0,513 | 0,842 |
| 23 | Para ter sucesso na escola | 2,50 | 1,26 | 0,448 | 0,843 |
| 24 | Para ter sucesso no futuro profissional | 1,99 | 1,03 | 0,426 | 0,845 |
| 25 | Porque é fácil comprar cigarros | 2,30 | 1,19 | 0,392 | 0,845 |
| 26 | Porque os cigarros não são caros | 2,08 | 1,11 | 0,413 | 0,845 |
| 27 | Porque dá uma imagem positiva | 2,25 | 1,19 | 0,454 | 0,843 |
| Alfa de cronbach | | 27 itens = 0,850 | | | |

De facto, a consistência interna da escala, medida através do coeficiente alfa de Cronbach da globalidade da escala ($\alpha = 0,892$), melhora com a remoção dos quatro itens (Quadro 18), indicando que a sua manutenção prejudica a homogeneidade da escala global.

Quadro 18 – Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna de alfa de Cronbach da “Escala de Motivação do Fumador” – Versão final (N= 310)

| | Itens | Média | Desvio Padrão | Correlação com o total (corrigido) | Alfa se o item for eliminado |
|-------------------------|------------------------------------------|------------------|---------------|------------------------------------|------------------------------|
| 1 | Por questões pessoais | 3,13 | 1,05 | 0,328 | 0,891 |
| 2 | Porque os pais também fumam | 3,03 | 1,12 | 0,346 | 0,891 |
| 3 | Porque os irmãos e amigos fumam | 3,54 | 1,10 | 0,484 | 0,887 |
| 4 | Para mostrarem que já são adultos | 3,84 | 1,12 | 0,513 | 0,887 |
| 5 | Porque desejam comportar-se como adultos | 3,72 | 1,13 | 0,562 | 0,885 |
| 6 | Por curiosidade | 3,68 | 1,00 | 0,420 | 0,889 |
| 7 | Por prazer | 3,55 | 1,03 | 0,397 | 0,890 |
| 8 | Para esquecer os problemas | 3,65 | 1,06 | 0,471 | 0,888 |
| 9 | Para resolver os problemas | 2,93 | 1,23 | 0,562 | 0,885 |
| 10 | Para se sentirem descontraídos | 3,49 | 1,08 | 0,481 | 0,888 |
| 11 | Para terem mais coragem | 3,02 | 1,09 | 0,567 | 0,885 |
| 12 | Para chamar a atenção | 3,67 | 1,18 | 0,576 | 0,885 |
| 13 | Para ficarem mais simpáticos | 2,25 | 1,06 | 0,511 | 0,887 |
| 14 | Para ficarem mais atraentes | 2,38 | 1,15 | 0,558 | 0,886 |
| 15 | Para estarem na moda | 2,82 | 1,27 | 0,532 | 0,886 |
| 16 | Para experimentarem o sabor do tabaco | 3,41 | 1,10 | 0,551 | 0,886 |
| 17 | Porque gostam do sabor do tabaco | 3,11 | 1,13 | 0,534 | 0,886 |
| 18 | Para frequentarem o grupo de amigos | 3,46 | 1,23 | 0,539 | 0,886 |
| 19 | Para ter sucesso na escola | 2,50 | 1,26 | 0,467 | 0,888 |
| 20 | Para ter sucesso no futuro profissional | 1,99 | 1,03 | 0,437 | 0,889 |
| 21 | Porque é fácil comprar cigarros | 2,30 | 1,19 | 0,408 | 0,890 |
| 22 | Porque os cigarros não são caros | 2,08 | 1,11 | 0,429 | 0,889 |
| 23 | Porque dá uma imagem positiva | 2,25 | 1,19 | 0,452 | 0,888 |
| Alfa de cronbach | | 23 itens = 0,892 | | | |

Nas sub-escalas obtidas, agrupando os itens por dimensões, de acordo com o processo de derivação racional e empírica desenvolvido, a totalidade dos itens obteve um coeficiente de correlação com o subtotal respectivo superior a 0,30 (Quadro 19).

As seis sub-escalas apresentam valores de consistência interna, medida através do alfa de Cronbach, bastante satisfatórios, especialmente as sub-escalas: imagem de adultez que tem 4 itens, apresentando um $\alpha=0,872$ e acessibilidade ao tabaco e sucesso escolar e profissional, com 5 itens, apresentando um $\alpha=0,821$. As restantes sub-escalas apresentam um alfa de Cronbach de razoável a médio.

Em relação à totalidade dos 23 itens da escala, o valor de alfa de Cronbach ($\alpha= 0,892$) constitui um indicador abonatório da Escala de Motivação do Fumador como um instrumento de medida de boa fiabilidade (Quadro 19).

Quadro 19 – Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de correlação dos itens com o total de cada dimensão da “Escala de Motivação do Fumador” e respectivos coeficientes de consistência interna de alfa de Cronbach no momento inicial (N=310)

| Dimensões | Itens | Média | Desvio Padrão | Correlação com o total (corrigido) | Alfa se o item for eliminado | Alfa de Cronbach |
|------------------------------------------------------------------|-------|----------|---------------|------------------------------------|------------------------------|------------------|
| Acessibilidade ao tabaco e sucesso escolar e profissional | 19 | 2,50 | 1,26 | 0,509 | 0,820 | 0,821 |
| | 20 | 1,99 | 1,03 | 0,689 | 0,768 | |
| | 21 | 2,30 | 1,19 | 0,644 | 0,777 | |
| | 22 | 2,08 | 1,11 | 0,670 | 0,771 | |
| | 23 | 2,25 | 1,19 | 0,586 | 0,795 | |
| Imagem de adultez | 4 | 3,84 | 1,12 | 0,763 | 0,822 | 0,872 |
| | 5 | 3,72 | 1,13 | 0,790 | 0,811 | |
| | 12 | 3,82 | 2,94 | 0,714 | 0,840 | |
| | 18 | 3,46 | 1,23 | 0,644 | 0,870 | |
| | | | | | | |
| Resolução de problemas e bem-estar | 7 | 3,55 | 1,03 | 0,416 | 0,767 | 0,770 |
| | 8 | 3,65 | 1,06 | 0,576 | 0,716 | |
| | 9 | 2,93 | 1,23 | 0,589 | 0,711 | |
| | 10 | 3,49 | 1,08 | 0,596 | 0,709 | |
| | 11 | 3,02 | 1,09 | 0,534 | 0,730 | |
| Curiosidade | 6 | 3,68 | 1,00 | 0,470 | 0,787 | 0,753 |
| | 16 | 3,41 | 1,10 | 0,703 | 0,521 | |
| | 17 | 3,11 | 1,13 | 0,588 | 0,665 | |
| Imagem positiva | 13 | 2,25 | 1,06 | 0,614 | 0,752 | 0,796 |
| | 14 | 2,38 | 1,15 | 0,738 | 0,614 | |
| | 15 | 2,82 | 1,27 | 0,583 | 0,793 | |
| Imitação de amigos e familiares | 1 | 3,13 | 1,05 | 0,278 | 0,710 | 0,618 |
| | 2 | 3,03 | 1,04 | 0,566 | 0,301 | |
| | 3 | 3,54 | 1,12 | 0,457 | 0,474 | |
| Alfa de Cronbach | | 23 itens | | | | 0,892 |

Da análise dos Quadros 19 e 20, podemos verificar que, o instrumento apresenta ao longo das suas aplicações uma relativa estabilidade temporal no total dos 23 itens da escala, pela proximidade dos valores de alfa de Cronbach para a totalidade dos itens, apresentados ao longo das três aplicações.

No entanto, tal não acontece nas sub-escalas onde se verifica alguma variação nos valores de consistência interna, alfa de Cronbach, ao longo do tempo, com excepção da sub-escala imagem de adultez que apresenta estabilidade temporal ao longo das medições. As sub-escalas acessibilidade ao tabaco e sucesso escolar e profissional apresentam ao longo das medições uma redução no alfa de Cronbach.

As sub-escalas resolução de problemas e bem-estar; curiosidade; imagem positiva e imitação de amigos e familiares apresentam uma redução nos valores de consistência interna do momento inicial para o fim do programa de intervenção e uma subida dos valores de alfa de Cronbach passado um ano.

Destacam-se as subescalas curiosidade, imagem positiva e imitação de familiares e amigos que na segunda avaliação (após o programa de intervenção), apresentam resultados de consistência interna mais baixos.

Quadro 20 – Estatísticas de evolução da homogeneidade dos itens e coeficientes de correlação dos itens com o total de cada dimensão da “Escala de Motivação do Fumador” e respectivos coeficientes de consistência interna de alfa de Cronbach no 2º (imediatamente no fim do programa de intervenção) e 3º momento (passado 1 ano do 2º momento)

| Dimensões | Itens | 2º Momento (N=310) | | | 3º Momento (N=282) | | |
|-----------------------------------------------------------|-------|------------------------------------|------------------------------|------------------|------------------------------------|------------------------------|------------------|
| | | Correlação com o total (corrigido) | Alfa se o item for eliminado | Alfa de Cronbach | Correlação com o total (corrigido) | Alfa se o item for eliminado | Alfa de Cronbach |
| Acessibilidade ao tabaco e sucesso escolar e profissional | 19 | 0,480 | 0,778 | 0,787 | 0,394 | 0,579 | 0,631 |
| | 20 | 0,680 | 0,713 | | 0,550 | 0,531 | |
| | 21 | 0,566 | 0,746 | | 0,455 | 0,560 | |
| | 22 | 0,629 | 0,727 | | 0,501 | 0,551 | |
| | 23 | 0,492 | 0,770 | | 0,343 | 0,722 | |
| Imagem de adultez | 4 | 0,696 | 0,734 | 0,811 | 0,779 | 0,757 | 0,844 |
| | 5 | 0,669 | 0,744 | | 0,737 | 0,776 | |
| | 12 | 0,666 | 0,745 | | 0,640 | 0,818 | |
| | 18 | 0,501 | 0,826 | | 0,567 | 0,849 | |
| Resolução de problemas e bem-estar | 7 | 0,354 | 0,637 | 0,662 | 0,394 | 0,731 | 0,740 |
| | 8 | 0,414 | 0,611 | | 0,595 | 0,660 | |
| | 9 | 0,450 | 0,595 | | 0,440 | 0,721 | |
| | 10 | 0,443 | 0,599 | | 0,585 | 0,664 | |
| | 11 | 0,421 | 0,698 | | 0,513 | 0,690 | |
| Curiosidade | 6 | 0,302 | 0,570 | 0,567 | 0,317 | 0,614 | 0,596 |
| | 16 | 0,477 | 0,298 | | 0,563 | 0,247 | |
| | 17 | 0,362 | 0,493 | | 0,362 | 0,574 | |
| Imagem positiva | 13 | 0,288 | 0,723 | 0,510 | 0,602 | 0,711 | 0,775 |
| | 14 | 0,480 | 0,285 | | 0,711 | 0,583 | |
| | 15 | 0,390 | 0,378 | | 0,540 | 0,791 | |
| Imitação de amigos e familiares | 1 | 0,265 | 0,404 | 0,458 | 0,292 | 0,672 | 0,608 |
| | 2 | 0,401 | 0,224 | | 0,514 | 0,351 | |
| | 3 | 0,266 | 0,510 | | 0,458 | 0,449 | |
| Alfa de Cronbach | | 11 itens | | 0,805 | 11 itens | | 0,827 |

Validade

Relativamente à validade da “Escala de Motivação do Fumador” – EMF, isto é, até que ponto o que se mede corresponde ao que se pretende avaliar, embora baseados em dados que apresentamos no capítulo dos resultados, sublinhamos como argumentos favoráveis os seguintes:

- O ajustamento observado entre a estrutura de derivação empírica resultante da análise factorial e a organização dimensional derivada racionalmente (validade estrutural);
- A distribuição dos itens dando resposta às várias temáticas identificadas pelos autores consultados, entendido como um critério relevante de validade de conteúdo (Quadro 21).

B – Estrutura Dimensional da Escala

Na elaboração do modelo de análise para a construção da escala de percepção de risco foi tido em conta os factores de promoção da iniciação e manutenção do tabagismo.

Procedeu-se à análise factorial dos componentes principais com rotação ortogonal de tipo varimax dos dados obtidos com a versão final (Quadro 21).

Quadro 21 – Estrutura Factorial da “Escala de Motivação do Fumador” pelas respectivas dimensões e temáticas

| Itens | | Cargas factoriais | | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------|------------------------|
| | | Factor 1 (Imagem de adulter) | Factor 2 (Acessibilidade e ao tabaco e sucesso escolar e profissional) | Factor 3 (Resolução de problemas e bem-estar) | Factor 4 (Imagem positiva) | Factor 5 (Curiosidade) | Factor 6 (Imitação) |
| 4 | Para mostrarem que já são adultos | 0,857 | | | | | |
| 5 | Porque desejam comportar-se como adultos | 0,854 | | | | | |
| 12 | Para chamar a atenção | 0,765 | | | | | |
| 18 | Para frequentarem o grupo de amigos | 0,729 | | | | | |
| 22 | Porque os cigarros não são caros | | 0,830 | | | | |
| 21 | Porque é fácil comprar cigarros | | 0,823 | | | | |
| 20 | Para ter sucesso no futuro profissional | | 0,751 | | | | |
| 23 | Porque dá uma imagem positiva | | 0,637 | | | | |
| 19 | Para ter sucesso na escola | 0,323 | 0,577 | | | | |
| 9 | Para resolver os problemas | | | 0,720 | | | |
| 8 | Para esquecer os problemas | | | 0,704 | | | |
| 10 | Para se sentirem descontraídos | | | 0,699 | | | |
| 11 | Para terem mais coragem | | | 0,594 | | | |
| 7 | Por prazer | | | 0,492 | | | |
| 14 | Para ficarem mais atraentes | | | | 0,818 | | |
| 15 | Para ficarem na moda | 0,321 | | | 0,731 | | |
| 13 | Para ficarem mais simpáticos | | | | 0,723 | | |
| 16 | Para experimentarem o sabor do tabaco | | | | | 0,825 | |
| 17 | Porque gostam do sabor do tabaco | | | | | 0,703 | |
| 6 | Por curiosidade | | | | | 0,665 | |
| 2 | Porque os pais também fumam | | | | | | 0,872 |
| 3 | Porque os irmãos e amigos também fumam | 0,449 | | | | | 0,680 |
| 1 | Por questões pessoais | | | | | | 0,435 |
| Eigen value (%) | | 30,024 | 11,880 | 8,478 | 5,832 | 4,667 | 4,549 |
| Variância explicada após rotação (%) | | 14,191 | 13,358 | 11,685 | 9,771 | 9,292 | 7,133 |
| Total | | 65,431 | | | | | |
| KMO | | 0,857 | | | | | |
| Sig. Teste de Bartlett | | 0,000 | | | | | |

O factor 1 explica 14,191% do total da variância e representa principalmente os itens que traduzem a imagem de adulter, enquanto factor de motivação do fumador. O factor 2 explica 13,358% do total da variância e representa principalmente os itens relacionados com a acessibilidade ao tabaco e sucesso escolar e profissional. O factor 3, relativo à resolução de problemas e bem estar, representa 11,685% do total da variância. O factor 4, relativo à imagem positiva, representa 9,771% do total da variância. O factor 5 explica 9,292% do total da variância e representa os itens relacionados com a curiosidade. Finalmente o factor 6, relativo à imitação de amigos e familiares que, representa 7,133% do total da variância. No seu conjunto, a escala explica 65,43% do total da variância (Quadro 21).

O Valor de Kaiser-Meyer-Olkin é de 0,857, traduzindo um bom valor de análise factorial.

Verifica-se que a estrutura factorial empírica se ajusta relativamente bem à organização racional definida após revisão, reconsiderando a natureza conceptual dos itens (Quadro 22).

No entanto, como resultado da análise factorial, verifica-se a geração de uma dimensão suplementar (factor 4) que, representa os itens relacionados com a imagem positiva que, não estava prevista na organização derivada racionalmente utilizada na fase da construção da versão experimental da Escala de Motivação do Fumador.

Os itens que deram origem à dimensão imagem positiva, derivaram da dimensão imagem de modernidade e adultez (ex: item 15 – “*Para estarem na moda*”) e da dimensão sucesso (itens 13 e 14 – “*Para ficarem mais simpáticos*”; “*Para ficarem mais atraentes*”).

Os itens 21, 22 e 23 que se encontram na dimensão acessibilidade ao tabaco e sucesso escolar e profissional resultaram os dois primeiros itens (“*Porque é fácil comprar cigarros*”; “*Porque os cigarros não são caros*”) da dimensão curiosidade e acessibilidade ao tabaco e o último (“*Porque dá uma imagem positiva*”), da dimensão imagem de modernidade e adultez da organização derivada racionalmente.

Também o item 17 (“*Porque gostam do sabor do tabaco*”) que se encontrava na versão inicial (racional) na dimensão efeitos a curto prazo passa para a dimensão curiosidade nesta versão final, resultante da análise factorial.

Finalmente, o item 18 (“*Para frequentarem o grupo de amigos*”) que se encontrava na dimensão sucesso da versão inicial, a racional, passa para a dimensão imagem de adultez da versão final.

Da análise do Quadro 21, pode concluir-se que, os itens 3, 15 e 19 saturam (carga > 0,30) também na dimensão imagem de adultez, mas atendendo a que as mesmas na organização racional não constavam na dimensão imagem de adultez e que as mesmas saturam com mais intensidade nas dimensões onde se enquadram, consideram-se os resultados da análise factorial.

Quadro 22 – Distribuição dos itens da versão final (23 itens) da “Escala de Motivação do Fumador” pelas respectivas dimensões/temáticas

| DIMENSÕES/TEMÁTICAS | ITENS |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Imagem de adultez | 4 itens (4; 5; 12; 18) |
| Acessibilidade ao tabaco e sucesso escolar e profissional Acessibilidade ao tabaco Sucesso escolar e profissional | 5 itens (21; 22) (19; 20; 23) |
| Resolução de problemas e bem-estar Resolução de problemas Bem-estar | 5 itens (8; 9) (7; 10; 11) |
| Imagem positiva | 3 itens (13; 14; 15) |
| Curiosidade | 3 itens (6; 16; 17) |
| Imitação | 3 itens (1; 2; 3) |

Desta forma, verifica-se que a estrutura factorial empírica se ajusta relativamente bem à organização racional definida após revisão, reconsiderando a natureza conceptual dos itens.

Assim, a escala é constituída por uma diferenciação de seis dimensões: imagem de adultez; acessibilidade ao tabaco e sucesso pessoal e profissional; resolução de problemas e bem-estar; imagem positiva; curiosidade e imitação.

1.4.3 - Escala de Percepção do Tabaco (EPT)

Considerando os critérios como a clareza, a objectividade e a representatividade temática, a Escala de Percepção do Tabaco foi constituída e organizada na versão utilizada no instrumento de colheita de dados, por 34 itens, conforme Quadro 23.

A construção da escala foi precedida de revisão da literatura sobre a percepção do tabaco pelos adolescentes. Com base na pesquisa bibliográfica, elaboramos um questionário que resultou, pela derivação racional em cinco dimensões: resolução de problemas, sucesso, efeitos a curto prazo, grupo de amigos e, finalmente, a imagem de modernidade e adultez (Quadro 23).

Quadro 23 – Distribuição dos itens da versão inicial (34 itens) da “Escala de Percepção do Tabaco” pelas respectivas dimensões/temáticas

| DIMENSÕES/TEMÁTICAS | ITENS |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Resolução de problemas | 6 itens (1; 5; 9; 14; 27; 33) |
| Sucesso Pessoal Profissional | 9 itens (3; 22; 26; 28; 30; 31) (20; 25; 32) |
| Efeitos a curto prazo | 6 itens (7; 8; 12; 13; 24; 34) |
| Grupo de amigos | 3 itens (16; 21; 23) |
| Imagem de modernidade e adultez | 10 itens (2; 4; 6; 10; 11; 15; 17; 18; 19; 29) |

Relativamente a cada item, os inquiridos foram solicitados, de acordo com o grau de concordância, a responderem utilizando uma escala tipo Likert de 1 a 5 pontos traduzindo:

1. Discordo totalmente;
2. Discordo;
3. Nem discordo e nem concordo;
4. Concordo;
5. Concordo totalmente.

A cotação da escala fez-se considerando a soma dos pontos correspondentes às respostas nos itens de cada dimensão e no global (somatório da totalidade dos itens), podendo esta ser interpretada como medida de concordância.

Atendendo a que esta primeira versão de 34 itens (Quadro 24) correspondeu a um teste piloto, posteriormente à colheita de dados, este aplicado passado um ano do programa de intervenção, desenvolvemos um processo de análise e selecção dos itens a manter na versão final utilizada neste estudo. Esta selecção foi realizada de modo a que, sem perder a representatividade de conteúdo, se conseguisse uma versão final da Escala de Percepção do Tabaco menos extensa e com boas características psicométricas de fiabilidade e validade.

Verifica-se que a estrutura factorial empírica se ajusta relativamente bem à organização racional definida após revisão, reconsiderando a natureza conceptual dos itens.

A – Selecção dos itens para a versão final

Os itens da versão final foram avaliados em termos da sua correlação com o total da escala, o coeficiente alfa de Cronbach e as suas medidas descritivas de resumo. Foi também considerada a relevância conceptual dos itens no quadro das dimensões em que se integram e as suas saturações em sucessivas análises factoriais. Com base nestes critérios foram excluídos sete itens, restando na escala 27 itens (Quadro 25).

Fidelidade

A fidelidade da escala foi avaliada através do coeficiente alfa de Cronbach. O coeficiente alfa de Cronbach obtido para a globalidade dos itens revela muito boa consistência interna ($\alpha = 0,90$) (Quadro 24), apresentando sete itens coeficientes de correlação com o score total abaixo de 0,3 (item 2 - “*Simboliza fraqueza*”; item 10 - “*Dá mau aspecto*”; item 22 - “*É uma doença*”; item 24 - “*Dá mau cheiro*”; item 28 - “*É caro*”; item 33 - “*Só traz problemas*” e item 34 - “*Constitui um alto risco*”. Evidencia-se a correlação muito fraca e não significativa nos sete itens, revelando-se estes itens pouco coerentes com o conceito geral que se pretende medir.

Quadro 24 – Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna de alfa de Cronbach da “Escala de Percepção do Tabaco” – Versão inicial (N= 282)

| | Itens versão inicial | Média | Desvio Padrão | Correlação com o total (corrigido) | Alfa se o item for eliminado |
|------------------|----------------------------------------------|----------------|--------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1 | Ajuda a resolver questões pessoais | 1,77 | 0,872 | 0,538 | 0,901 |
| 2 | Simboliza fraqueza | 2,80 | 1,148 | 0,127 | 0,907 |
| 3 | Simboliza felicidade | 1,88 | 0,858 | 0,586 | 0,900 |
| 4 | É sinal de adultez | 1,95 | 0,959 | 0,557 | 0,900 |
| 5 | Ajuda a resolver os problemas | 1,91 | 0,990 | 0,584 | 0,900 |
| 6 | Desperta curiosidade | 2,96 | 1,165 | 0,571 | 0,900 |
| 7 | Dá prazer | 2,49 | 1,154 | 0,599 | 0,899 |
| 8 | Ajuda a emagrecer | 2,39 | 1,167 | 0,506 | 0,901 |
| 9 | Ajuda a esquecer os problemas | 2,39 | 1,117 | 0,500 | 0,901 |
| 10 | Dá mau aspecto | 3,49 | 1,243 | 0,225 | 0,906 |
| 11 | Dá juventude | 2,00 | 0,991 | 0,571 | 0,900 |
| 12 | Acalma | 2,73 | 1,157 | 0,575 | 0,900 |
| 13 | Descontrai | 2,77 | 1,163 | 0,568 | 0,900 |
| 14 | Ajuda a ter mais coragem | 2,26 | 0,992 | 0,705 | 0,898 |
| 15 | Dá um aspecto saudável | 1,71 | 0,890 | 0,570 | 0,900 |
| 16 | Ajuda a fazer novas amizades | 2,68 | 1,119 | 0,541 | 0,900 |
| 17 | Torna as pessoas mais simpáticas | 1,99 | 0,954 | 0,682 | 0,899 |
| 18 | Ajuda a ficar mais atraente | 1,88 | 0,920 | 0,649 | 0,899 |
| 19 | Está na moda | 2,33 | 1,123 | 0,581 | 0,900 |
| 20 | Ajuda as pessoas a arranjam emprego | 1,71 | 0,836 | 0,619 | 0,900 |
| 21 | Ajuda as pessoas a ter sucesso com os amigos | 2,37 | 1,109 | 0,587 | 0,900 |
| 22 | É uma doença | 3,01 | 1,348 | 0,161 | 0,907 |
| 23 | Ajuda a frequentar o grupo de amigos | 2,89 | 1,210 | 0,507 | 0,901 |
| 24 | Dá mau cheiro | 3,57 | 1,297 | 0,216 | 0,906 |
| 25 | Ajuda a ter sucesso na escola | 2,05 | 1,034 | 0,575 | 0,900 |
| 26 | Ajuda a arranjar namorado(a) | 2,00 | 0,962 | 0,563 | 0,900 |
| 27 | É fácil de comprar | 2,46 | 1,315 | 0,279 | 0,905 |
| 28 | É caro | 3,56 | 1,301 | 0,018 | 0,910 |
| 29 | Dá uma imagem positiva | 1,89 | 0,951 | 0,587 | 0,900 |
| 30 | É sinal de riqueza | 1,94 | 0,930 | 0,574 | 0,900 |
| 31 | É sinal de inteligência | 1,78 | 0,935 | 0,533 | 0,901 |
| 32 | Ajuda a ter sucesso no trabalho | 1,73 | 0,834 | 0,590 | 0,900 |
| 33 | Só traz problemas | 3,74 | 1,176 | -0,003 | 0,909 |
| 34 | Constitui um alto risco | 3,72 | 1,283 | -0,080 | 0,911 |
| Alfa de Cronbach | | 34 itens =0,90 | | | |

De facto, a consistência interna da escala, medida através do coeficiente alfa de Cronbach da globalidade da escala ($\alpha = 0,939$), melhora com a remoção dos sete itens (Quadro 25), indicando que a sua manutenção prejudica a homogeneidade da escala global.

Quadro 25 – Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna de alfa de Cronbach da “Escala de Percepção do Tabaco” – Versão final (N= 282)

| Itens | | Média | Desvio Padrão | Correlação com o total (corrigido) | Alfa se o item for eliminado |
|------------------|----------------------------------------------|-----------------|---------------|------------------------------------|------------------------------|
| 1 | Ajuda a resolver questões pessoais | 1,77 | 0,872 | 0,579 | 0,937 |
| 2 | Simboliza felicidade | 1,88 | 0,858 | 0,640 | 0,937 |
| 3 | É sinal de adultez | 1,95 | 0,959 | 0,590 | 0,937 |
| 4 | Ajuda a resolver os problemas | 1,91 | 0,990 | 0,630 | 0,937 |
| 5 | Desperta curiosidade | 2,96 | 1,165 | 0,573 | 0,937 |
| 6 | Dá prazer | 2,49 | 1,154 | 0,636 | 0,937 |
| 7 | Ajuda a emagrecer | 2,39 | 1,167 | 0,518 | 0,938 |
| 8 | Ajuda a esquecer os problemas | 2,39 | 1,117 | 0,514 | 0,938 |
| 9 | Dá juventude | 2,00 | 0,991 | 0,624 | 0,937 |
| 10 | Acalma | 2,73 | 1,157 | 0,594 | 0,937 |
| 11 | Descontrai | 2,77 | 1,163 | 0,585 | 0,937 |
| 12 | Ajuda a ter mais coragem | 2,26 | 0,992 | 0,710 | 0,936 |
| 13 | Dá um aspecto saudável | 1,71 | 0,890 | 0,641 | 0,937 |
| 14 | Ajuda a fazer novas amizades | 2,68 | 1,119 | 0,520 | 0,938 |
| 15 | Torna as pessoas mais simpáticas | 1,99 | 0,954 | 0,719 | 0,936 |
| 16 | Ajuda a ficar mais atraente | 1,88 | 0,920 | 0,702 | 0,936 |
| 17 | Está na moda | 2,33 | 1,123 | 0,567 | 0,937 |
| 18 | Ajuda as pessoas a arranjam emprego | 1,71 | 0,836 | 0,677 | 0,936 |
| 19 | Ajuda as pessoas a ter sucesso com os amigos | 2,37 | 1,109 | 0,599 | 0,937 |
| 20 | Ajuda a frequentar o grupo de amigos | 2,89 | 1,210 | 0,436 | 0,939 |
| 21 | Ajuda a ter sucesso na escola | 2,05 | 1,034 | 0,589 | 0,937 |
| 22 | Ajuda a arranjar namorado(a) | 2,00 | 0,962 | 0,620 | 0,937 |
| 23 | É fácil de comprar | 2,46 | 1,315 | 0,283 | 0,942 |
| 24 | Dá uma imagem positiva | 1,89 | 0,951 | 0,673 | 0,936 |
| 25 | É sinal de riqueza | 1,94 | 0,930 | 0,616 | 0,937 |
| 26 | É sinal de inteligência | 1,78 | 0,935 | 0,622 | 0,937 |
| 27 | Ajuda a ter sucesso no trabalho | 1,73 | 0,834 | 0,674 | 0,936 |
| Alfa de Cronbach | | 27 itens= 0,939 | | | |

Nas sub-escalas obtidas, agrupando os itens por dimensões, de acordo com o processo de derivação racional e empírica desenvolvido, a totalidade dos itens obteve um coeficiente de correlação com o subtotal respectivo superior a 0,30 (Quadro 26).

As quatro sub-escalas apresentam todas, valores de consistência interna, medida através do alfa de Cronbach, bastante satisfatórios, acima de 0,8. Em relação à totalidade dos 27 itens da escala, o valor de alfa de Cronbach ($\alpha = 0,939$) constitui um indicador abonatório da Escala de Percepção do Tabaco como um instrumento de medida de boa fiabilidade (Quadro 26).

Quadro 26 – Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de correlação dos itens com o total de cada dimensão da “Escala de Percepção do Tabaco” e respectivos coeficientes de consistência interna de alfa de Cronbach (N=282)

| Dimensões | ITENS | | Média | Desvio Padrão | Correlação com o total (corrigido) | Alfa se o item for eliminado | Alfa de Cronbach |
|---------------------------------------|-------|----------------------------------------------|-----------------|---------------|------------------------------------|------------------------------|------------------|
| Resolução de problemas | 1 | Ajuda a resolver questões pessoais | 1,77 | 0,872 | 0,683 | 0,820 | 0,852 |
| | 2 | Simboliza felicidade | 1,88 | 0,858 | 0,641 | 0,828 | |
| | 3 | É sinal de adultez | 1,95 | 0,959 | 0,627 | 0,829 | |
| | 4 | Ajuda a resolver os problemas | 1,91 | 0,990 | 0,743 | 0,807 | |
| | 8 | Ajuda a esquecer problemas | 2,39 | 1,117 | 0,573 | 0,843 | |
| | 9 | Dá juventude | 2,00 | 0,991 | 0,588 | 0,837 | |
| Sucesso pessoal e profissional | 13 | Dá um aspecto saudável | 1,71 | 0,890 | 0,666 | 0,897 | 0,906 |
| | 15 | Torna as pessoas mais simpáticas | 1,99 | 0,954 | 0,677 | 0,896 | |
| | 16 | Ajuda a ficar mais atraente | 1,88 | 0,920 | 0,720 | 0,894 | |
| | 18 | Ajuda as pessoas a arranjar emprego | 1,71 | 0,836 | 0,741 | 0,894 | |
| | 21 | Ajuda a ter sucesso na escola | 2,05 | 1,034 | 0,589 | 0,901 | |
| | 22 | Ajuda a arranjar namorado(a) | 2,00 | 0,962 | 0,640 | 0,898 | |
| | 23 | É fácil de comprar | 2,46 | 1,315 | 0,334 | 0,922 | |
| | 24 | Dá uma imagem positiva | 1,89 | 0,951 | 0,754 | 0,892 | |
| | 25 | É sinal de riqueza | 1,94 | 0,930 | 0,669 | 0,897 | |
| | 26 | É sinal de inteligência | 1,78 | 0,935 | 0,759 | 0,892 | |
| | 27 | Ajuda a ter sucesso no trabalho | 1,73 | 0,834 | 0,801 | 0,891 | |
| Efeitos a curto prazo | 5 | Desperta curiosidade | 2,96 | 1,165 | 0,644 | 0,842 | 0,863 |
| | 6 | Dá prazer | 2,49 | 1,154 | 0,680 | 0,835 | |
| | 7 | Ajuda a emagrecer | 2,39 | 1,167 | 0,480 | 0,871 | |
| | 10 | Acalma | 2,73 | 1,157 | 0,739 | 0,824 | |
| | 11 | Descontraí | 2,77 | 1,163 | 0,774 | 0,817 | |
| | 12 | Ajuda a ter mais coragem | 2,26 | 0,992 | 0,636 | 0,844 | |
| Grupo amigos | 14 | Ajuda a fazer novas amizades | 2,68 | 1,119 | 0,647 | 0,782 | 0,825 |
| | 17 | Está na moda | 2,33 | 1,123 | 0,631 | 0,788 | |
| | 19 | Ajuda as pessoas a ter sucesso com os amigos | 2,37 | 1,109 | 0,681 | 0,766 | |
| | 20 | Ajuda a frequentar o grupo de amigos | 2,89 | 1,210 | 0,644 | 0,784 | |
| Alfa de Cronbach | | | 22 itens= 0,939 | | | | |

B – Estrutura Dimensional da Escala

Na elaboração do modelo de análise para a construção da escala de percepção do tabaco foi tido em conta a centralidade do estudo na variável do tabaco, de modo a melhor perceber a significação que os mesmos têm do tabaco.

Procedeu-se à análise factorial dos componentes principais com rotação ortogonal de tipo varimax dos dados obtidos com a versão final (Quadro 27).

Quadro 27 – Estrutura Factorial da “Escala de Percepção do Tabaco” pelas respectivas dimensões e temáticas

| Itens | | Cargas factoriais | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| | | Factor 1 (Sucesso Pessoal e Profissional) | Factor 2 (Efeitos a curto prazo) | Factor 3 (Grupo de amigos) | Factor 4 (Resolução de problemas) |
| 27 | Ajuda a ter sucesso no trabalho | 0,851 | | | |
| 26 | É sinal de inteligência | 0,848 | | | |
| 24 | Dá uma imagem positiva | 0,777 | | | |
| 25 | É sinal de riqueza | 0,728 | | | |
| 18 | Ajuda as pessoas a arranjam emprego | 0,707 | | | |
| 13 | Dá um aspecto saudável | 0,670 | | | |
| 16 | Ajuda a ficar mais atraente | 0,623 | | 0,422 | |
| 22 | Ajuda a arranjar namorado(a) | 0,569 | | 0,477 | |
| 15 | Torna as pessoas mais simpáticas | 0,543 | 0,385 | 0,311 | |
| 21 | Ajuda a ter sucesso na escola | 0,530 | | 0,333 | |
| 23 | É fácil de comprar | 0,430 | | | |
| 11 | Descontrai | | 0,863 | | |
| 10 | Acalma | | 0,822 | | |
| 5 | Desperta curiosidade | | 0,675 | | |
| 6 | Dá prazer | | 0,666 | | |
| 12 | Ajuda a ter mais coragem | 0,362 | 0,515 | | 0,348 |
| 7 | Ajuda a emagrecer | | 0,482 | | |
| 20 | Ajuda a frequentar o grupo de amigos | | | 0,797 | |
| 19 | Ajuda as pessoas a ter sucesso com os amigos | | | 0,735 | |
| 17 | Está na moda | 0,304 | | 0,728 | |
| 14 | Ajuda a fazer novas amizades | | | 0,720 | |
| 4 | Ajuda a resolver os problemas | 0,347 | | | 0,712 |
| 1 | Ajuda a resolver questões pessoais | 0,320 | | | 0,691 |
| 8 | Ajuda a esquecer os problemas | | | | 0,616 |
| 3 | É sinal de adultez | | | | 0,590 |
| 9 | Dá juventude | 0,460 | | | 0,514 |
| 2 | Simboliza felicidade | 0,452 | 0,317 | | 0,503 |
| Eigen value (%) | | 41,262 | 8,550 | 7,060 | 4,614 |
| Variância explicada após rotação (%) | | 22,906 | 14,394 | 12,518 | 11,676 |
| Total | | 61,493 | | | |
| KMO | | 0,930 | | | |
| Sig. Teste de Bartlett | | 0,000 | | | |

O factor 1 explica 22,906% do total da variância e representa principalmente os itens que traduzem o sucesso pessoal e profissional, enquanto significação do tabaco. O factor 2 explica 14,394% do total da variância e representa principalmente os itens relacionados com os efeitos a curto prazo do tabaco. O factor 3, relativo ao grupo de amigos, representa 12,518% do total da variância. Finalmente o factor 4, relativo à resolução de problemas que, representa 11,676% do total da variância. No seu conjunto, a escala explica 61,49% do total da variância (Quadro 27).

O Valor de Kaiser-Meyer-Olkin é de 0,930, traduzindo um muito bom valor de análise factorial.

Verifica-se que a estrutura factorial empírica se ajusta relativamente bem à organização racional definida após revisão, reconsiderando a natureza conceptual dos itens (Quadro 27).

No entanto, como resultado da análise factorial, verifica-se a extinção da dimensão imagem de modernidade e adultez (factor 5) que, representa os itens previstos na organização

derivada racionalmente utilizada na fase da construção da versão experimental da Escala de Percepção do Tabaco (Quadro 28).

Os itens a que correspondiam a dimensão imagem de modernidade e adultez, foram distribuídos para as outras dimensões da Escala de Percepção do Tabaco, versão final (resultante da análise factorial): os itens 3 e 9 (*“É sinal de adultez”*; *“Dá juventude”*) foram integrados na dimensão resolução de problemas; o item 5 (*“Desperta curiosidade”*) foi integrado na dimensão efeitos a curto prazo; o item 17 (*“Está na moda”*) foi integrado na dimensão grupo de amigos e finalmente os itens 13, 15, 16 e 24 (*“Para ficarem mais simpáticos”*; *“Torna as pessoas mais simpáticas”*; *“Ajuda a ficar mais atraente”*; *“Dá uma imagem positiva”*) foram integrados na dimensão sucesso pessoal e profissional.

Relativamente a alterações nos itens das dimensões comuns à versão inicial (derivada racionalmente) e à versão final (resultante da análise factorial) apenas há a registar a troca dos itens: 2 (*“Simboliza felicidade”*) que estava na versão inicial na dimensão sucesso pessoal e profissional e passou para a dimensão resolução de problemas; o item 23 (*“É fácil de comprar”*) que estava na versão inicial na dimensão resolução de problemas e passou para a dimensão sucesso pessoal e profissional e o item 12 (*“Ajuda a ter mais coragem”*) que, na versão inicial estava na dimensão resolução de problemas e passou para a dimensão efeitos a curto prazo.

Da análise do Quadro 27, pode concluir-se que os itens 15, 16 e 17 saturam (carga > 0,30) também noutras dimensões, mas com menos intensidade que, a dimensão considerada nos resultados da análise factorial, a dimensão sucesso pessoal e profissional. Atendendo a que os mesmos itens estavam organizados na versão inicial (derivada racionalmente) na dimensão que foi extinta, não restam dúvidas que os itens serão integrados na dimensão sucesso pessoal e profissional.

Ainda da análise do Quadro 27, pode constatar-se que os itens 1, 4, 9, 21 e 22 saturam (carga > 0,30) também noutras dimensões, mas com menos intensidade que, a dimensão considerada para cada um deles nos resultados da análise factorial, pelo que se considera as dimensões oriundas da derivação racional e confirmadas pela análise factorial.

Relativamente aos itens 2 e 12 (*“Simboliza felicidade”*; *“Ajuda a ter mais coragem”*) que, também apresentam saturações (carga > 0,30) noutras dimensões, considera-se neste estudo atendendo ao seu conteúdo que, elas deverão integrar as dimensões onde saturam com mais intensidade (resolução de problemas e efeitos a curto prazo, respectivamente), ainda que se traduza na mudança de dimensão relativamente à versão inicial.

Quadro 28 – Distribuição dos itens da versão final (27 itens) da “Escala de Percepção do Tabaco” pelas respectivas dimensões/temáticas

| DIMENSÕES/TEMÁTICAS | ITENS |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Resolução de problemas | 6 itens (1; 2; 3; 4; 8; 9) |
| Sucesso Pessoal Profissional | 11 itens (13; 15; 16; 22; 23; 24; 25; 26) (18; 21; 27;) |
| Efeitos a curto prazo | 6 itens (5; 6; 7; 10; 11; 12) |
| Grupo de amigos | 4 itens (14; 17; 19; 20) |

Desta forma, verifica-se que a estrutura factorial empírica se ajusta relativamente bem à organização racional definida após revisão, reconsiderando a natureza conceptual dos itens. Assim, a escala é constituída por uma diferenciação de quatro dimensões: resolução de problemas; sucesso pessoal e profissional; efeitos a curto prazo e grupo de amigos (Quadro 28).

1.4.4 - Escala Toulousiana de Coping (ETC)

A Escala Toulousiana de Coping foi desenvolvida por Tap e colaboradores (2005) para avaliar a forma como os jovens lidam com as situações adversas e a utilização dos mecanismos de coping. Ela constitui em si, uma adaptação da escala original à população Portuguesa.

Segundo Esparbès, Sordes-Ader e Tap (Tap, et al., 2005), as estratégias de *coping* são multidimensionais. Assim, partindo de uma análise crítica das escalas de *coping* existentes, estes autores propuseram uma nova escala que, articula os campos, comportamental (acção), cognitivo (informação) e afectivo (emoção).

O campo comportamental representa os processos pelos quais o sujeito prepara e gere a acção, o campo cognitivo é onde a pessoa trata as informações provenientes do acontecimento, as elabora e as adapta em função da situação, e o campo afectivo constitui ao mesmo tempo as reacções emocionais e os sentimentos mais ou menos normais que, permitem ao indivíduo legitimar os seus actos e aspirações.

Estes três campos levam à emergência de seis estratégias: Focalização, Suporte Social, Retraimento, Conversão, Controlo e Recusa. Do cruzamento entre os três campos com as seis estratégias surgem 18 dimensões (Quadro 29) que, se explicam a seguir. Este modelo foi depois associado à teoria das estratégias de personalização (Tap, et al., 2005).

Quadro 29 - Relação entre os campos e as estratégias de coping (18 dimensões)

| Estratégias | Campos | | |
|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| | Ação | Informação | Emoção |
| Focalização | A. Focalização Activa | G. Focalização Cognitiva | M. Focalização Emocional |
| Suporte Social | B. Cooperação | H. Suporte Social Informativo | N. Suporte Social Emocional |
| Retraimento | C. Retraimento Social e Comportamental | I. Retraimento Mental | O. Adictividade |
| Conversão | D. Conversão Comportamental | J. Aceitação | P. Conversão pelos Valores |
| Controlo | E. Regulação das Actividades | K. Controle Cognitivo e Planificação | Q. Controle Emocional |
| Recusa | F. Distracção | L. Denegação | R. Alexitimia |

Fonte: (Tap, et al., 2005)

Focalização

Implica concentrar-se sobre o problema e sobre a forma de o resolver (focalização activa), analisar a situação (focalização cognitiva) ou tornar-se condicionado pelas emoções como a irritação, a agressividade e a culpabilidade (focalização emocional).

Suporte social

Caracteriza-se pelo desejo ou necessidade de ajuda. Pode ser a tentativa de resolver a situação através da busca de um trabalho colectivo (cooperação), a necessidade de compreensão do ponto de vista cognitivo, pedindo conselhos (suporte social informativo), ou a necessidade de escuta, de conforto, de reconhecimento (suporte social emocional).

Retraimento

Está associada a uma ruptura das interações sociais, a um evitamento de contacto, a um afastamento dos outros (retraimento social e comportamental), uma tentativa de esquecer, uma recusa de pensar no problema, refugiando-se no imaginário ou no sonho (retraimento mental), ou a adopção de comportamentos defensivos de compensação, como a ingestão de medicamentos, comida, drogas (adictividade).

Conversão

Implica a mudança, a nível dos comportamentos, das posições cognitivas ou dos valores. Pode tratar-se de mudar o comportamento em função do problema (conversão comportamental), aceitar o problema qualquer que ele seja (aceitação) ou deixá-lo nas mãos de Deus, adoptando uma filosofia de vida ou uma ideologia religiosa (conversão pelos valores).

Controlo

Consiste no auto-controlo da situação, na coordenação dos comportamentos e na contenção das emoções. Caracteriza-se por resistir ao impulso de fazer juízos irreflectidos, de tomar decisões precipitadas, encontrando tempo para agir após reflectir (regulação das

actividades), por traçar objectivos ou planos, tratando o problema de forma abstracta e lógica (controlo cognitivo e planificação), ou por controlar as emoções de tal forma a não permitir que os outros se apercebam (controlo emocional).

Recusa

É a incapacidade de perceber e de aceitar a realidade da situação. O sujeito pode agir como se o problema não existisse, distraíndo-se ou fazendo qualquer coisa de mais agradável (distracção), pode 'esquecer' o problema (denegação) ou pode ter dificuldades para descrever as suas emoções e sentimentos (alexitimia).

Esta escala surge em resultado da adaptação da escala original à população Portuguesa. Nesta escala adaptada à população Portuguesa, inicialmente foi realizada uma análise factorial de componentes principais (com rotação *varimax*), tendo sido consideradas as saturações superiores ou iguais a 0,26, o que permitiu encontrar cinco subescalas (ou factores), a saber: Controlo (13 itens), Retraimento, Conversão e Adictividade (13 itens), Distracção Social (10 itens), Suporte Social (7 itens) e Recusa (8 itens). Foi necessário retirar três itens da versão original: 3, 45 e 49, permanecendo a escala com 51 itens. Os 5 factores explicam 34,71% da variância total.

Relativamente a cada item, os inquiridos foram solicitados, de acordo com o grau de frequência, a responderem utilizando uma escala tipo Likert de 1 a 5 pontos traduzindo: 1- Nunca até ao 5 – Muito frequentemente.

Os autores da adaptação da escala original à população Portuguesa apresentam um estudo de fidelidade, numa amostra de 1000 jovens Portugueses avaliada através da consistência interna das sub-escalas: controle (0,82); retraimento, conversão e aditividade (0,76); distracção social (0,72); suporte social (0,70) e recusa (0,70). O estudo de fidelidade foi feito com a totalidade dos itens da escala que apresentou um alfa de cronbach de 0,78.

Nesse estudo foram ainda realizadas correlações entre a escala total e as subescalas, verificando-se que quase todas as subescalas relacionam-se positiva e moderadamente com a escala total, o que demonstra que, de facto, cada uma está a medir aquilo a que se propõe, não se verificando redundâncias. Foram encontradas relações negativas entre o Controlo e o Retraimento, Conversão e Adictividade e entre o Controlo e a Recusa, bem como entre esta última e o Suporte Social. Não aparece correlação significativa entre o Suporte Social e o Retraimento, Conversão e Adictividade.

Estes dados confirmam que as subescalas aproximam-se entre si quando se devem aproximar e afastam-se quando se devem afastar.

Características psicométricas da escala na amostra do presente estudo

No presente estudo, a fidelidade da escala foi avaliada através do coeficiente alfa de Cronbach que, para a globalidade dos itens foi bom ($\alpha=0,874$).

Relativamente à aplicação da escala, foi feita o estudo da fiabilidade para cada uma das sub-escalas (Quadro 30).

Quadro 30 – Estatísticas dos coeficientes de correlação dos itens com o total de cada dimensão da “Escala Toulousiana de Coping” e respectivos coeficientes de consistência interna de alfa de Cronbach (N=282)

| Dimensões do ETC | Itens | Correlação com o total | Alfa se o item for eliminado | Alfa de Cronbach |
|-------------------------------------|-------|------------------------|------------------------------|------------------|
| Controlo | 1 | 0,492 | 0,800 | 0,815 |
| | 8 | 0,441 | 0,803 | |
| | 9 | 0,443 | 0,803 | |
| | 11 | 0,379 | 0,808 | |
| | 17 | 0,498 | 0,799 | |
| | 19 | 0,550 | 0,795 | |
| | 27 | 0,337 | 0,810 | |
| | 29 | 0,610 | 0,791 | |
| | 35 | 0,418 | 0,805 | |
| | 37 | 0,327 | 0,830 | |
| | 44 | 0,512 | 0,798 | |
| | 47 | 0,563 | 0,794 | |
| | 53 | 0,557 | 0,794 | |
| Retraimento, Conversão adictividade | 7 | 0,399 | 0,723 | 0,742 |
| | 10 | 0,501 | 0,712 | |
| | 12 | 0,389 | 0,724 | |
| | 15 | 0,201 | 0,764 | |
| | 21 | 0,447 | 0,721 | |
| | 23 | 0,274 | 0,752 | |
| | 25 | 0,402 | 0,724 | |
| | 28 | 0,516 | 0,710 | |
| | 33 | 0,357 | 0,727 | |
| | 39 | 0,299 | 0,733 | |
| | 43 | 0,511 | 0,712 | |
| | 46 | 0,423 | 0,722 | |
| | 51 | 0,443 | 0,719 | |
| Distracção Social | 4 | 0,482 | 0,729 | 0,757 |
| | 5 | 0,376 | 0,742 | |
| | 16 | 0,301 | 0,778 | |
| | 22 | 0,493 | 0,726 | |
| | 24 | 0,389 | 0,741 | |
| | 26 | 0,333 | 0,747 | |
| | 34 | 0,556 | 0,717 | |
| | 40 | 0,362 | 0,744 | |
| | 41 | 0,526 | 0,724 | |
| | 52 | 0,559 | 0,718 | |
| Suporte social | 2 | 0,155 | 0,702 | 0,628 |
| | 6 | 0,167 | 0,641 | |
| | 18 | 0,387 | 0,579 | |
| | 20 | 0,335 | 0,593 | |
| | 36 | 0,562 | 0,531 | |
| | 38 | 0,498 | 0,546 | |
| | 54 | 0,523 | 0,543 | |
| Recusa | 13 | 0,417 | 0,712 | 0,737 |
| | 14 | 0,276 | 0,738 | |
| | 30 | 0,532 | 0,690 | |
| | 31 | 0,222 | 0,748 | |
| | 32 | 0,581 | 0,678 | |
| | 42 | 0,420 | 0,712 | |
| | 48 | 0,487 | 0,698 | |
| | 50 | 0,514 | 0,693 | |
| Alfa de Cronbach | | | 54 itens=0.874 | |

Da análise comparativa entre os coeficientes alfa, para cada sub-escala, apresentados pelos autores que adaptaram a escala à população portuguesa e neste estudo verificamos que, os valores de alfa de Cronbach são inferiores aos apresentados pelos autores em todas as sub-escalas à excepção da sub-escala recusa. No entanto, verifica-se que o alfa de Cronbach da totalidade dos itens da escala é superior ao apresentado pelos autores que procederam à adaptação para a população portuguesa.

Verifica-se que, de todas as sub-escalas a que apresenta um valor mais elevado de alfa de Cronbach é a do controlo e a que apresenta valores mais baixos é a do suporte social.

Verifica-se ainda que, em todos os itens das respectivas subescalas, os valores de alfa de Cronbach se encontram acima de 0,20, com excepção dos itens 2 e 6 da sub-escala suporte social que apresentam baixa correlação com o total da sub-escala que integram, embora no mesmo sentido.

Neste sentido, procedeu-se à remoção dos itens 2 e 6, tendo o alfa de cronbach da sub-escala suporte social melhorado significativamente como se pode constatar no Quadro 31. Com a extracção dos dois itens também o alfa de Cronbach da totalidade dos itens melhorou ligeiramente, aproximando-se do valor obtido pelos autores que procederam à sua adaptação para a população Portuguesa.

Quadro 31 – Estatísticas dos coeficientes de correlação dos itens com o total de dimensão Suporte Social da “Escala Toulousiana de Coping” e respectivos coeficientes de consistência interna de alfa de Cronbach após extracção dos itens 2 e 6 (N=282)

| após extração dos itens ETC (N=202) | | | | |
|-------------------------------------|-------|------------------------|------------------------------|------------------|
| Dimensões do ETC | Itens | Correlação com o total | Alfa se o item for eliminado | Alfa de Cronbach |
| Suporte social | 18 | 0,495 | 0,722 | 0,756 |
| | 20 | 0,315 | 0,787 | |
| | 36 | 0,636 | 0,672 | |
| | 38 | 0,606 | 0,681 | |
| | 54 | 0,594 | 0,688 | |
| Alfa de Cronbach | | 52 itens=0.877 | | |

1.5 - PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados procedeu-se na primeira observação na semana de 15 a 19 de Dezembro de 2008, nas duas Escolas Secundárias, de acordo com os horários de cada turma, através da aplicação do instrumento de colheita de dados criado para o efeito (Anexo II). A recolha de dados na segunda observação, procedeu-se após a conclusão do programa de intervenção “Par-a-Par sem Tabaco”, na semana de 20 a 24 de Abril de 2009 nas duas Escolas Secundárias, de acordo com os horários de cada turma (Anexo II). Finalmente, a colheita de dados procedeu-se

na terceira observação, um ano após a segunda observação, na semana de 19 a 23 de Abril de 2010, também de acordo com os horários de cada turma, das duas Escolas Secundárias (Anexo II).

Antes da entrega dos questionários para preenchimento, em todas as turmas foram explicados os objectivos, finalidades do estudo, bem como a forma de participação no estudo, dependendo de se tratar do grupo experimental ou de controlo.

Os adolescentes foram informados de que a sua participação era estritamente pessoal e voluntária e de que as suas respostas seriam mantidas em absoluto anonimato.

Preenchidos os questionários, estes foram conferidos, no sentido de se detectar falta de resposta a algum dos itens, respostas múltiplas ou dúbias, procedendo-se nestas circunstâncias a que o adolescente revisse o questionário.

1.6 - PRINCÍPIOS ÉTICOS

De modo a assegurar o cumprimento dos princípios éticos em investigação científica foram feitos os pedidos de autorização formal para a implementação do estudo às instituições responsáveis: Conselhos Executivos das Escolas Secundárias do Concelho de Oliveira de Azeméis. Assim, foram dadas as autorizações para a realização do estudo na Escola Secundária Soares Basto e Escola Básica e Secundária Ferreira de Castro (Anexo I).

Foi ainda dada a autorização aos autores para a utilização da Escala Toulosiana de Coping, na sua versão portuguesa (Anexo I).

Após a elaboração do instrumento de colheita de dados e dos pedidos de autorização para a implementação do estudo serem aceites procedeu-se à recolha da informação.

É de referir que, para além do pedido de autorização informal, foi feito um pedido de autorização formal e escrito - Consentimento Informado - para a participação no estudo aos pais e estudantes das Escolas Secundárias do Concelho de Oliveira de Azeméis, este pedido aparece na primeira página do instrumento de colheita de dados, intitulado: Convite à participação de um estudo sobre os efeitos de um programa de intervenção *“Par-a-Par sem Tabaco”*.

Foram garantidos os princípios éticos ligados com os sujeitos como: o da dignidade da pessoa humana (autodeterminação, verdade e intimidade), beneficência e justiça (tratamento justo e privacidade), bem como os centrados com o processo de investigação/investigador.

1.7 – ANÁLISE DE DADOS

Após a colheita dos dados, os dados foram lançados, por uma codificação numérica dos questionários e por codificação (não numérica) das variáveis implicadas no estudo, numa base de dados informatizada e processados no programa de estatística SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 17.0, para Windows.

Com o objectivo de verificar a natureza da distribuição assumida pelas variáveis de carácter ordinal ou contínuo, pela aplicação do teste *Kolmogorov-Smirnov*, foi efectuada a análise da sua normalidade.

Dos resultados obtidos da significância do teste *Kolmogorov-Smirnov*, podemos concluir que, a maior parte dos parâmetros considerados não apresentam homogeneidade da variância, isto é, têm distribuição não normal (Quadro 32), pelo que se seguiu a via não paramétrica.

Quadro 32 - Resultados da aplicação do teste de *Kolmogorov Smirnov*

| | Observação/Medição 1 | | | | Observação/Medição 2 | | | | Observação/Medição 2 | | | |
|-----------------------------------------------------------|----------------------|------|-------|-------|----------------------|------|-------|-------|----------------------|-------|-------|-------|
| | \bar{X} | SD | Ks | Sig. | \bar{X} | SD | Ks | Sig. | \bar{X} | SD | Ks | Sig. |
| Escala de Avaliação de Risco em Adolescentes | | | | | | | | | | | | |
| Auto-estima | 2,97 | 0,91 | 1,521 | 0,020 | 3,26 | 0,87 | 1,826 | 0,003 | 3,24 | 0,837 | 1,971 | 0,001 |
| Comportamentos | 3,30 | 1,25 | 2,01 | 0,001 | 3,60 | 1,01 | 2,196 | 0,000 | 3,54 | 0,94 | 2,259 | 0,000 |
| Escala de Motivação do Fumador | | | | | | | | | | | | |
| Acessibilidade ao tabaco e sucesso escolar e profissional | 2,21 | 0,85 | 1,389 | 0,042 | 2,35 | 0,87 | 1,228 | 0,098 | 2,24 | 0,97 | 1,688 | 0,007 |
| Imagem de adultez | 3,68 | 0,99 | 3,035 | 0,000 | 3,84 | 0,85 | 2,390 | 0,000 | 3,70 | 0,86 | 2,775 | 0,000 |
| Resolução de problemas e bem-estar | 3,31 | 0,78 | 1,489 | 0,024 | 3,46 | 0,71 | 1,584 | 0,013 | 3,31 | 0,68 | 2,187 | 0,000 |
| Curiosidade | 3,40 | 0,87 | 2,503 | 0,000 | 3,51 | 0,70 | 1,883 | 0,002 | 3,49 | 0,68 | 2,15 | 0,000 |
| Imagem positiva | 2,48 | 0,97 | 1,869 | 0,002 | 2,67 | 1,30 | 1,994 | 0,001 | 2,49 | 0,92 | 1,997 | 0,001 |
| Imitação de amigos e familiares | 3,23 | 0,82 | 2,416 | 0,000 | 3,45 | 1,03 | 2,629 | 0,000 | 3,33 | 0,70 | 2,415 | 0,000 |
| Escala de Percepção de Tabaco | | | | | | | | | | | | |
| Resolução de problemas | - | - | - | - | - | - | - | - | 1,98 | 0,74 | 1,711 | 0,006 |
| Sucesso pessoal e profissional | - | - | - | - | - | - | - | - | 1,93 | 0,70 | 1,531 | 0,018 |
| Efeitos a curto prazo | - | - | - | - | - | - | - | - | 2,61 | 0,87 | 1,432 | 0,033 |
| Grupo de amigos | - | - | - | - | - | - | - | - | 2,56 | 0,91 | 1,923 | 0,001 |
| Escala Toulousiana de Coping | | | | | | | | | | | | |
| Controlo | - | - | - | - | - | - | - | - | 3,29 | 0,69 | 1,290 | 0,072 |
| Retraimento, Conversão e aditividade | - | - | - | - | - | - | - | - | 2,48 | 0,69 | 0,841 | 0,478 |
| Distracção social | - | - | - | - | - | - | - | - | 3,21 | 0,75 | 1,275 | 0,077 |
| Suporte social | - | - | - | - | - | - | - | - | 3,01 | 0,82 | 1,418 | 0,025 |
| Recusa | - | - | - | - | - | - | - | - | 2,51 | 0,69 | 1,260 | 0,083 |

Com o objectivo de caracterizar e comparar os elementos da amostra no estudo experimental – ensaio clínico randomizado (aleatório) "antes-após com grupo controlo", na primeira, segunda e terceira observação entre os elementos do grupo experimental e do controlo (comparação transversal) e também no sentido de caracterizar e comparar (evolução longitudinal), de cada um dos grupos, isto é, o grupo experimental e o de controlo, na primeira avaliação (antes da aplicação do programa de intervenção), na segunda avaliação (após a aplicação do programa de intervenção) e na terceira avaliação (um ano após a segunda avaliação) foram utilizadas:

- Medidas de estatística descritiva [frequências absolutas (n.º) e relativas (%)];
- Medidas de tendência central [Média Aritmética (\bar{x}), Mediana (*Md*) e Moda (*Mo*)];

- Medidas de Dispersão [Desvio Padrão (SD)];
- Medidas de Estatística Inferencial (Teste U de Mann-Whitney, Teste de Friedman, Teste de Wilcoxon, Teste Ró de Spearman, Teste Qui-quadrado, Teste de Cochran e Teste de Mac Nemar).

Para a selecção e organização por dimensões dos itens incluídos nas versões finais das escalas: “*Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes*”, “*Escala de Motivação do Fumador*”, “*Escala de Percepção do Tabaco*” e “*Escala Toulousiana de Coping*” criadas (as três primeiras) e aplicadas (todas) no âmbito deste trabalho, foi realizada uma análise da homogeneidade dos itens e da consistência interna das escalas e sub-escalas. Para tal calcularam-se as medidas descritivas de resumo, as correlações de cada item com o total da escala e/ou sub-escala (excluindo o respectivo item) e a sua influência sobre o coeficiente alfa de Cronbach, utilizado como medida de fidelidade interna das escalas. A inclusão dos itens de cada um destes instrumentos, com excepção da “*Escala Toulousiana de Coping*” (que já se encontra adaptada para a população Portuguesa), em dimensões distintas teve em conta o resultado de análises factoriais em componentes principais e com rotação ortogonal pelo método varimax, já desenvolvidas neste documento.

As respostas às questões de investigação passaram por um processo de tratamento estatístico. Em todos os casos assumiu-se $\alpha=0,05$, como o valor crítico de significância dos resultados dos testes de hipóteses, rejeitando-se a hipótese nula quando a probabilidade do erro tipo I for inferior ao referido valor ($p < 0,05$).

2 – RESULTADOS

Os resultados apresentados referem-se às análises estatísticas dos dados recolhidos e organizados no sentido de dar resposta às questões de investigação e testar as hipóteses formuladas. São ainda apresentados os resultados relativos às análises exploratórias realizadas.

A apresentação e análise dos resultados têm um carácter descritivo, ficando a interpretação e discussão dos resultados obtidos para o capítulo da discussão.

2.1 – TESTE DAS HIPÓTESES

Hipótese 1 - O programa de intervenção “*Par-a-Par Sem Tabaco*” influencia os comportamentos relacionados com o tabaco e a perspectiva futura do consumo

No sentido de testar a hipótese formulada temos de considerar as várias variáveis em estudo que caracterizam o comportamento relacionado com o tabaco que são: a experimentação tabágica, a idade de experimentação tabágica, o consumo de tabaco, o número de cigarros consumidos semanalmente pelos fumadores e a perspectiva futura relativamente ao consumo de tabaco.

Relativamente à experimentação tabágica, no grupo de controlo, ao longo das observações, podemos referir que, da primeira para a segunda observação, verificou-se um aumento de sete elementos que experimentaram fumar, situação que se inverteu na terceira observação, em que se verificou a redução de dois elementos que tinham experimentado fumar.

Já no que se refere ao grupo experimental, podemos concluir que, da primeira para a segunda observação, verificou-se um aumento em cinco elementos que experimentaram o tabaco, situação que aumentou em vinte e quatro elementos, na terceira observação.

Da análise transversal comparativa entre os dois grupos realizada (teste Qui-Quadrado) podemos concluir que, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de controlo e experimental, nas três observações consideradas neste estudo, no que se refere à variável experimentação tabágica (Quadro 33).

No que concerne à variável consumo de tabaco, podemos concluir que, no grupo de controlo, esta variável foi praticamente uma constante: de seis elementos fumadores na primeira observação, passaram a ser dez elementos fumadores na segunda observação, sendo que, na terceira observação apresentaram uma prevalência de seis fumadores. No que se refere ao grupo experimental, com uma prevalência de onze elementos fumadores, decresceu para cinco elementos fumadores na segunda observação, tendo esta tendência se invertido, na terceira

observação, aumentado a prevalência de fumadores em quinze elementos (com um saldo positivo de nove elementos relativamente à primeira observação).

Da análise transversal comparativa entre os dois grupos (teste Qui-Quadrado), podemos concluir que, se verificam diferenças estatisticamente significativas ($p=0,011$) entre o grupo de controlo e experimental na terceira observação na variável consumo de tabaco (Quadro 33). Assim, os elementos do grupo experimental, um ano após a aplicação do programa de intervenção, apresentam um maior número de fumadores do que os elementos do grupo de controlo.

Quadro 33 – Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença e observações segundo as variáveis experimentação tabágica e hábito tabágico

| Observação | | Controlo | | | | Experimental | | | | Qui Quadrado | Sig. |
|--------------------------|----------------|----------|------|-----|------|--------------|------|-----|------|--------------|--------------|
| | | Não | | Sim | | Não | | Sim | | | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | | |
| Experimentação de tabaco | O ₁ | 103 | 67,3 | 50 | 32,7 | 107 | 68,2 | 50 | 31,8 | 0,025 | 0,875 |
| | O ₂ | 96 | 62,7 | 57 | 37,3 | 102 | 65,0 | 55 | 35,0 | 0,116 | 0,684 |
| | O ₃ | 77 | 58,3 | 55 | 41,7 | 71 | 47,3 | 79 | 52,7 | 3,407 | 0,065 |
| Fuma | O ₁ | 147 | 96,1 | 6 | 3,9 | 146 | 93,0 | 11 | 8,0 | 1,423 | 0,233 |
| | O ₂ | 143 | 93,5 | 10 | 6,5 | 152 | 96,8 | 5 | 3,2 | 1,890 | 0,169 |
| | O ₃ | 126 | 95,5 | 6 | 4,5 | 130 | 86,7 | 20 | 13,3 | 6,478 | 0,011 |

Teste Qui-Quadrado

Da análise longitudinal em cada grupo (Quadro 34) podemos concluir que, no grupo de controlo, não se verificam diferenças estatisticamente significativas, entre as três observações, consideradas neste estudo. No entanto, no grupo experimental, na variável experimentação tabágica, verifica-se a existência de relações altamente significativas entre as três observações ($p=0,000$). De facto, neste grupo, ao longo das observações, tem-se verificado um aumento do número de elementos que experimentaram fumar. Ainda no grupo experimental, na variável condição de fumador, verifica-se a existência de relações estatisticamente muito significativas ($p=0,004$) ao longo das observações, destacando-se um decréscimo da prevalência de fumadores, da primeira para a segunda observação, e um acréscimo, da segunda para a terceira observação.

Quadro 34 – Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença e observações segundo as variáveis experimentação tabágica e hábito tabágico

| G | | | Observação 1 | | Observação 2 | | Observação 3 | | Q de Cochran | Sig. |
|---|--------------------------|-----|--------------|------|--------------|------|--------------|------|--------------|--------------|
| | | | n | % | n | % | n | % | | |
| † | Experimentação de tabaco | Não | 87 | 65,9 | 83 | 62,9 | 77 | 58,3 | 1,788 | 0,418 |
| | | Sim | 45 | 34,1 | 49 | 37,1 | 55 | 41,7 | | |
| | Fuma | Não | 147 | 96,1 | 143 | 93,5 | 126 | 95,5 | 0,105 | 1,000 |
| | | Sim | 6 | 3,9 | 10 | 6,5 | 6 | 4,5 | | |
| ‡ | Experimentação de tabaco | Não | 103 | 68,7 | 97 | 64,7 | 71 | 47,3 | 17,188 | 0,000 |
| | | Sim | 47 | 31,5 | 53 | 35,3 | 79 | 52,7 | | |
| | Fuma | Não | 146 | 93,0 | 152 | 96,8 | 130 | 86,7 | 10,606 | 0,004 |
| | | Sim | 11 | 7,0 | 5 | 3,2 | 20 | 13,3 | | |

Legenda: †) Controlo; ‡ Experimental

Teste de Cochran

Para melhor compreender a evolução longitudinal nos grupos emparelhados nas três observações realizadas, socorremo-nos da análise da relação de cada uma das observações

entre si, através do teste Mc Nemar (Quadro 35). Desta análise, podemos concluir que, apenas no grupo experimental, se verificam relações estatisticamente significativas. Assim, na variável experimentação tabágica existem relações estatisticamente significativas ($p=0,003$), da segunda para a terceira observação, e altamente significativas ($p=0,000$), da primeira para a terceira, o que vem evidenciar, uma vez mais, a tendência crescente da experimentação tabágica por parte dos elementos do grupo experimental.

No que se refere à variável condição do fumador, podemos concluir que, apenas no grupo experimental, da segunda para a terceira observação, se verificam diferenças estatisticamente muito significativas ($p=0,003$), traduzindo um aumento do número de fumadores.

Quadro 35 – Distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença e relação entre as observações segundo as variáveis experimentação tabágica e hábito tabágico

| | G | Observação 1 – Observação 2 | | Observação 2 – Observação 3 | | Observação 1 – Observação 3 | |
|-------------------------|---|-----------------------------|-------|-----------------------------|--------------|-----------------------------|--------------|
| | | Mc Nemar | Sig. | Mc Nemar | Sig. | Mc Nemar | Sig. |
| | | † | ‡ | † | ‡ | † | ‡ |
| Experimentação Tabágica | † | 0,537 (n=153) | 0,464 | 0,431 (n=132) | 0,512 | 1,446 (n=132) | 0,229 |
| | ‡ | 0,254 (n=157) | 0,615 | 8,929 (n=150) | 0,003 | 13,347 (n=150) | 0,000 |
| Fuma | † | - (n=153) | 0,454 | - (n=132) | 0,791 | - (n=132) | 1,000 |
| | ‡ | 0,254 (n=157) | 0,210 | - (n=150) | 0,003 | 2,893 (n=150) | 0,087 |

Legenda: †) Controlo; ‡ Experimental; - Sem valor
Teste de Mc Nemar

Relativamente à evolução da média do número de cigarros consumidos, pelos adolescentes fumadores (Quadros 36 e 37), podemos concluir que, o grupo de controlo apresenta uma evolução crescente no consumo de tabaco: a média de consumo de tabaco da primeira para a segunda observação foi de 2,67 para 4,60 cigarros/semana e na terceira observação para 6,00 cigarros/semana.

No entanto, no grupo experimental, verifica-se ao longo das observações, um decréscimo da média de consumo de tabaco. Isto é, apesar de ter aumentado o número de fumadores em cerca de 50%, o consumo médio de cigarros decresceu em mais de 50%.

Quadro 36 – Distribuição dos elementos fumadores segundo o número de cigarros que consomem semanalmente em função das observações e do grupo de pertença

| Nº Cigarros/semana | O1 | | O2 | | O3 | |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | † (n) | ‡ (n) | † (n) | ‡ (n) | † (n) | ‡ (n) |
| 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 6 |
| 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 0 | 2 |
| 3 | 0 | 1 | 3 | 0 | 1 | 6 |
| 4 | 1 | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 |
| 5 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 6 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 10 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| 20 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Total | 6 | 11 | 10 | 5 | 6 | 20 |

Legenda: †) Controlo; ‡ Experimental

Relativamente à variável número de cigarros consumidos semanalmente não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de controlo e experimental em cada uma das observações (Quadro 37).

Quadro 37 – Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença e observações segundo a variável número de cigarros consumidos semanalmente

| | G | n | \bar{X} | SD | \bar{X} Rankings | U | Sig. |
|-----------------------------------|---|----|-----------|------|--------------------|--------|-------|
| N.º de Cigarros O ₁ | † | 6 | 2,67 | 1,51 | 6,00 | 15,000 | 0,067 |
| | ‡ | 11 | 6,36 | 5,35 | 10,64 | | |
| N.º de Cigarros O ₂ | † | 10 | 4,60 | 2,99 | 8,95 | 15,500 | 0,236 |
| | ‡ | 5 | 2,80 | 1,64 | 6,11 | | |
| N.º de Cigarros O ₃ | † | 6 | 6,00 | 7,16 | 16,75 | 46,500 | 0,322 |
| | ‡ | 20 | 2,95 | 2,59 | 13,21 | | |

Legenda: †) Controlo; ‡ Experimental
Teste U de Mann Wittney

O estudo inferencial longitudinal acerca da evolução do número de cigarros, em cada um dos grupos, não foi possível de ser realizado, dada a baixa prevalência de elementos fumadores.

Relativamente à variável idade de experimentação tabágica, podemos concluir que, os elementos do grupo experimental, apresentaram em todas as observações, uma média na idade de experimentação tabágica superior aos elementos do grupo de controlo.

Da análise transversal e comparativa entre os grupos na variável idade de experimentação tabágica não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Da análise do Quadro 34 e Quadro 38 destaca-se que, o aumento da incidência de elementos que experimentaram o tabaco, ao longo das observações, fez subir o valor da média de idade de experimentação tabágica, explicado pelo facto de ao longo das observações surgiram indivíduos que, com mais idade experimentaram fumar (situação que faz aumentar, obrigatoriamente, o valor da média de idade de experimentação tabágica).

Quadro 38 – Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença e observações segundo a variável idade de experimentação tabágica

| | G | n | \bar{X} | SD | \bar{X} Rankings | U Mann Wittney | Sig. |
|----------------------------------------------------|---|----|-----------|------|--------------------|----------------|-------|
| Idade Experimentação Tabágica O ₁ | † | 50 | 11,76 | 1,69 | 46,88 | 1069,000 | 0,202 |
| | ‡ | 50 | 12,12 | 1,47 | 54,12 | | |
| Idade Experimentação Tabágica O ₂ | † | 57 | 11,00 | 2,59 | 52,21 | 1323,00 | 0,110 |
| | ‡ | 56 | 11,61 | 2,16 | 61,88 | | |
| Idade Experimentação Tabágica O ₃ | † | 55 | 12,44 | 1,88 | 64,64 | 2015,00 | 0,463 |
| | ‡ | 79 | 12,46 | 2,11 | 69,49 | | |

Legenda: †) Controlo; ‡ Experimental
Teste U de Mann Wittney

Assim, na avaliação longitudinal, ao longo das três observações, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos grupos.

Relativamente à avaliação longitudinal, nas três observações, em cada um dos grupos, na variável como os adolescentes perspectivam o seu futuro, se como fumadores ou não, podemos concluir que, apenas no grupo experimental, se verificam existir diferenças estatisticamente significativas (p=0,000) (Quadro 39). De facto, constatamos que, na primeira observação os

adolescentes do grupo experimental situam-se entre a posição de não fumador e de não saber, sendo que, na segunda observação (após a aplicação do programa de intervenção), eles consideram que no futuro não serão fumadores para, na terceira observação, se posicionarem novamente numa situação entre a posição de não fumador e de não saber, mas com maior tendência para não fumador.

Quadro 39 – Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença e observações segundo as variáveis idade de experimentação tabágica e futuro fumador

| | G | n | \bar{x} O1 | \bar{x} O2 | \bar{x} O3 | Friedman | Sig. |
|-------------------------------|---|-----|--------------|--------------|--------------|----------|-------|
| Idade Experimentação Tabágica | † | 10 | 12,80 | 12,30 | 13,40 | 2,457 | 0,293 |
| | ‡ | 13 | 12,46 | 12,38 | 12,54 | 1,697 | 0,428 |
| Futuro Fumador | † | 132 | 1,29 | 1,23 | 1,29 | 3,646 | 0,162 |
| | ‡ | 150 | 1,45 | 1,10 | 1,31 | 34,049 | 0,000 |

Legenda: †) Controlo; ‡ Experimental
Teste de Friedman

Relativamente à relação entre cada uma das observações, em cada um dos grupos, nas variáveis idade de experimentação tabágica e futuro fumador, podemos concluir que, existem relações estatisticamente significativas em todas elas (Quadro 40).

Relativamente à variável idade de experimentação tabágica, no grupo de controlo verifica-se existirem diferenças estatísticas muito significativas nas três observações (O1 – $p=0,008$; O2 – $p=0,001$ e O3 – $p=0,002$). Assim, verifica-se que, da primeira para a segunda observação, há uma diminuição do valor da média de idade de experimentação tabágica. Da segunda para a terceira observação e da primeira para a terceira observação, regista-se uma subida no valor da média.

Nos elementos do grupo experimental, nesta variável, idade de experimentação tabágica, registam-se diferenças estatísticas significativas nas três observações (O1 – $p=0,027$; O2 – $p=0,004$ e O3 – $p=0,012$). Em termos de evolução regista-se uma descida na média de idade de experimentação tabágica, da primeira para a segunda observação, e uma subida na média de idade de experimentação tabágica, da segunda para a terceira e da primeira para a terceira observação.

Na variável futuro fumador, no grupo de controlo, verifica-se a existência de relações estatísticas muito significativas da primeira para a segunda observação ($p=0,003$) e, da primeira para a terceira observação ($p=0,002$) e significativas da segunda para a terceira observação ($p=0,019$). Assim, verifica-se que, da primeira para a segunda observação houve uma tendência para considerar que, apesar de estarem entre o não ser fumador e o não sei, aproximam-se mais do não ser fumador. Da segunda para a terceira observação, inverte-se a situação e os adolescentes aproximam-se da percepção de que no futuro não sabem se serão fumadores. Da primeira para a terceira observação verificam-se diferenças muito significativas, apesar da média ser a mesma, no entanto, é possível verificar que, na terceira observação, a amostra é mais pequena e o desvio padrão é maior, o que traduz que, na terceira observação os elementos da amostra apresentam mais dispersão nesta variável.

No grupo experimental verificam-se correlações altamente significativas, da primeira para a segunda observação, e da segunda para a terceira observação ($p=0,000$), e diferenças muito significativas da primeira para a terceira observação ($p=0,004$). Assim, verifica-se que, na primeira observação, os elementos do grupo experimental registaram que no futuro não sabem se serão fumadores, mas na segunda observação o registo objectiva que estes elementos no futuro não querem ser fumadores (Quadro 40). No entanto, na terceira observação regista-se uma tendência para os elementos considerarem novamente que não sabem, sendo que o valor da média na terceira observação é inferior ao da primeira que, traduz uma maior aproximação de que no futuro não pretendem ser fumadores.

Quadro 40 – Distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença e relação entre as observações segundo as variáveis idade de experimentação tabágica e futuro fumador

| Observações segundo as variáveis idade de experimentação tabágica e futuro fumador | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|---|-----|-----------------------------|-----|------------|--------------|-----------------------------|-----------|-----|------------|-----------------------------|-----|-----------|-----|------------|--------------|
| | G | n | Observação 1 – Observação 2 | | | | Observação 2 – Observação 3 | | | | Observação 1 – Observação 3 | | | | | |
| | | | O1 | | Wilco x | Sig. | n | O2 | | Wilco x | Sig. | n | O3 | | Wilco x | Sig. |
| | | | \bar{X} | SD | | | | \bar{X} | SD | | | | \bar{X} | SD | | |
| Idade Experim. Tabágica | † | 50 | 11,76 | 1,7 | -1,038 | 0,008 | 57 | 11,00 | 2,6 | -2,258 | 0,001 | 55 | 12,44 | 1,9 | -2,520 | 0,002 |
| | ‡ | 50 | 12,12 | 1,5 | -0,514 | 0,027 | 56 | 11,80 | 1,6 | -1,735 | 0,004 | 79 | 12,61 | 1,7 | -0,506 | 0,012 |
| Futuro Fumador | † | 153 | 1,29 | 0,5 | -0,909 | 0,003 | 153 | 1,23 | 0,5 | -0,948 | 0,019 | 132 | 1,29 | 0,6 | -0,081 | 0,004 |
| | ‡ | 157 | 1,45 | 0,6 | -5,163 | 0,000 | 157 | 1,10 | 0,4 | -3,555 | 0,000 | 150 | 1,31 | 0,6 | -1,958 | 0,004 |

Legenda: †) Controlo; ‡ Experimental

Teste de Wilcoxon

Ainda relativamente à variável futuro fumador, da análise transversal comparativa entre o grupo experimental e de controlo, podemos constatar que, na primeira e segunda observação, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p=0,044$ e $p=0,025$, respectivamente). Assim, na primeira observação verifica-se que, são os elementos do grupo de controlo que, referem maior tendência para no futuro serem não fumadores. No entanto, a situação inverte-se na segunda avaliação, sendo que os elementos do grupo experimental após a aplicação do programa de intervenção referem de forma mais significativa que no futuro serão não fumadores. Esta evolução vem demonstrar a eficácia do programa de intervenção após a sua aplicação.

No entanto, da análise do Quadro 41, na terceira observação verifica-se que esta eficácia do programa de intervenção foi de curto prazo, pois a médio prazo, ela foi perdendo força, logo eficácia. De facto, na terceira observação não se observam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Quadro 41 – Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença e observações segundo a variável futuro fumador

| | G | n | \bar{x} | SD | \bar{x} Rankings | U | Sig. |
|----------------------------------|---|-----|-----------|------|--------------------|----------|--------------|
| Futuro fumador O ₁ | † | 132 | 1,29 | 0,53 | 133,02 | 8781,000 | 0,044 |
| | ‡ | 150 | 1,45 | 0,63 | 148,96 | | |
| Futuro fumador O ₂ | † | 132 | 1,23 | 0,52 | 148,07 | 9033,000 | 0,025 |
| | ‡ | 150 | 1,10 | 0,36 | 135,72 | | |
| Futuro fumador O ₃ | † | 132 | 1,29 | 0,60 | 139,25 | 9603,000 | 0,554 |
| | ‡ | 150 | 1,31 | 0,59 | 143,48 | | |

Legenda: †) Controlo; ‡ Experimental

Teste U de Mann Wittney

Assim, podemos concluir que, neste estudo, aceita-se a hipótese 1 - O programa de intervenção “*Par-a-Par sem Tabaco*” influencia os comportamentos relacionados com o tabaco e a perspectiva futura do consumo. De facto, neste estudo, o programa de intervenção nos adolescentes do grupo experimental, fez aumentar o número de adolescentes que experimentaram fumar, fez reduzir o número de fumadores da primeira para a segunda observação e aumentar o número de fumadores da segunda para a terceira observação, fez diminuir o consumo médio de cigarros/semana e finalmente fez reduzir, da primeira para a segunda observação, o número de elementos que no futuro referem ser fumadores.

Hipótese 2 - O programa de intervenção “*Par-a-Par Sem Tabaco*” influencia a percepção do adolescente sobre o tabaco

No sentido de avaliar a percepção do adolescente sobre o tabaco, foram criadas neste estudo três escalas: uma que aborda a percepção do risco, “Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes” (EARA), outra que aborda o tabaco enquanto percepção da motivação das pessoas que fumam (externalidade), “Escala de Motivação do Fumador” (EMF) e a última escala, aborda a percepção individual sobre o tabaco, “Escala de Percepção do Tabaco” (EPT).

Cada uma destas escalas constitui em si, um domínio da variável percepção do adolescente sobre o tabaco, abordadas separadamente.

“Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes”

Como já foi referido, a caracterização da variável percepção dos adolescentes face aos comportamentos de risco é feita através de escala própria, constituída por duas dimensões: a auto-estima e os comportamentos. Em cada item, das dimensões desta variável, os inquiridos foram solicitados, de acordo com o grau de concordância, a responderem utilizando uma escala tipo Likert de 1 a 5 pontos traduzindo: 1- Discordo totalmente; 2- Discordo; 3- Nem discordo e nem concordo; 4- Concordo; 5- Concordo totalmente.

A dimensão auto-estima, refere-se ao grau de concordância com que os adolescentes consideram alto risco serem deixados pelo(a) namorado(a), fazer qualquer coisa só para que os outros os admirem e não conseguir pensar por si próprio e assumir as suas opiniões.

Relativamente à dimensão auto-estima conclui-se que no grupo de controlo, no decorrer das observações, o valor da média da concordância aumentou da primeira ($\bar{x}=3,02$) para a segunda observação ($\bar{x}=3,23$), sendo que, na última observação, o valor da média decresceu ligeiramente ($\bar{x}=3,22$). O valor da média apresentada na dimensão auto-estima traduz que, na opinião dos adolescentes do grupo de controlo, existe uma neutralidade no grau de concordância (nem concordo e nem discordo) face ao alto risco de valorizar a opinião e condicionar o seu próprio comportamento face aos outros.

No que se refere ao grupo experimental, podemos concluir que, o valor da média de concordância, aumentou da primeira ($\bar{x}=2,94$) para a segunda observação ($\bar{x}=3,29$) sendo que, à semelhança do que aconteceu no grupo de controlo, esse valor diminuiu na última observação ligeiramente ($\bar{x}=3,25$). Apesar do grupo experimental e de controlo apresentarem evolução semelhante, o valor da média apresentado pelo grupo experimental na primeira observação, foi inferior ao do grupo de controlo, tendência que se inverteu na segunda e terceira observação. O valor da média apresentada na dimensão auto-estima traduz que, na opinião dos adolescentes do grupo de experimental, existe uma tendência à concordância face ao alto risco de valorizar a opinião dos outros e condicionar o seu próprio comportamento face aos outros.

A dimensão comportamentos, refere-se ao grau de concordância com que os adolescentes consideram alto risco sair à noite sem autorização dos pais, não saber defender-se de situações violentas, apanhar uma bebida, consumir regularmente bebidas alcoólicas, aceitar um cigarro, consumir regularmente cigarros e não se responsabilizar pela sua própria saúde.

Relativamente à dimensão comportamentos podemos concluir que, esta dimensão apresentou uma evolução ao longo das três avaliações muito semelhante à anterior, isto é, em ambos os grupos se verifica uma subida da média da primeira ($\bar{x}_c=3,35$; $\bar{x}_e=3,25$) para a segunda observação ($\bar{x}_c=3,56$; $\bar{x}_e=3,63$), mais acentuada no grupo experimental, e uma descida na terceira observação, mais marcada no grupo de controlo ($\bar{x}_c=3,48$; $\bar{x}_e=3,60$). É de salientar que, antes da aplicação do programa de intervenção, o grupo de controlo, apresentava uma maior média nesta dimensão, situação que se inverteu na segunda e terceira observação, sendo que os elementos do grupo experimental, apresentaram médias superiores nesta variável, em relação ao grupo de controlo. De facto, após a aplicação do programa de intervenção, os elementos do grupo experimental, apresentaram maior grau de concordância relativamente aos riscos relacionados com o comportamento, nomeadamente os que interferem na saúde e nos consumos, em particular no consumo de tabaco.

Da análise transversal comparativa, entre os grupos de controlo e experimental, nas três observações realizadas e de forma a testar a hipótese elaborada, podemos concluir que, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de controlo e experimental, nem na observação inicial, antes da aplicação do programa de intervenção; nem na segunda observação, imediatamente após a aplicação do programa de intervenção; e nem na terceira observação, isto é, passado um ano da aplicação do programa de intervenção (Quadro 42).

Quadro 42 – Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença e observações segundo as dimensões da “Escala de Percepção de Risco em Adolescentes” (EARA)

| Dimensões | O. | Total da Amostra | | | Grupo Controlo | | | Grupo Experimental | | | $\bar{X}_c - \bar{X}_e$ | t | Sig. |
|----------------|----------------|------------------|-----------|------|----------------|-------------|------|--------------------|-------------|------|-------------------------|--------|-------|
| | | n | \bar{X} | SD | n | \bar{X}_c | SD | n | \bar{X}_e | SD | | | |
| Auto-estima | O ₁ | 279 | 2,97 | 0,91 | 131 | 3,02 | 0,91 | 148 | 2,94 | 0,91 | 0,08 | -0,970 | 0,332 |
| | O ₂ | 279 | 3,26 | 0,87 | 131 | 3,23 | 0,86 | 148 | 3,29 | 0,88 | -0,06 | -0,370 | 0,712 |
| | O ₃ | 279 | 3,23 | 0,84 | 131 | 3,22 | 0,85 | 148 | 3,25 | 0,82 | -0,03 | -0,063 | 0,950 |
| Comportamentos | O ₁ | 279 | 3,30 | 1,25 | 131 | 3,35 | 1,27 | 148 | 3,25 | 1,23 | 0,10 | -0,760 | 0,447 |
| | O ₂ | 279 | 3,60 | 1,01 | 131 | 3,56 | 1,09 | 148 | 3,63 | 0,94 | -0,07 | -0,210 | 0,841 |
| | O ₃ | 279 | 3,54 | 0,94 | 131 | 3,48 | 1,02 | 148 | 3,60 | 0,86 | -0,12 | -0,767 | 0,443 |

Teste U de Mann-Whitney

No que se refere à análise longitudinal nas três observações realizadas, podemos constatar, pela análise do Quadro 43 que, no grupo de controlo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as observações.

No entanto, no grupo experimental verificaram-se diferenças estatisticamente significativas, nas medições repetidas nas dimensões auto estima ($p=0,013$) e comportamento ($p=0,050$). De facto, da primeira para a segunda observação, houve um aumento do valor médio dos valores das duas dimensões que praticamente se manteve na terceira observação.

Verifica-se que, os elementos do grupo experimental, apresentam uma evolução crescente no grau de concordância sobre o alto risco de serem deixados pelo(a) namorado(a), fazer qualquer coisa só para que os outros os admirem e não conseguir pensar por si próprios e assumir as suas opiniões, sair à noite sem autorização dos pais, não saber defender-se de situações violentas, apanhar uma bebedeira, consumir regularmente bebidas alcoólicas, aceitar um cigarro, consumir regularmente cigarros e não se responsabilizar pela sua própria saúde.

Quadro 43 – Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença e observações segundo as dimensões da “Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes” (EARA)

| Dimensões | | Observação 1 | | Observação 2 | | Observação 3 | | t | Sig. |
|-----------|----------------|--------------|------|--------------|------|--------------|------|-------|--------------|
| | | \bar{X} | SD | \bar{X} | SD | \bar{X} | SD | | |
| † | Auto-estima | 3,02 | 0,91 | 3,23 | 0,86 | 3,22 | 0,85 | 4,421 | 0,110 |
| | Comportamentos | 3,35 | 1,27 | 3,56 | 1,09 | 3,48 | 1,02 | 0,309 | 0,857 |
| ‡ | Auto-estima | 2,94 | 0,91 | 3,29 | 0,88 | 3,25 | 0,82 | 8,628 | 0,013 |
| | Comportamentos | 3,25 | 1,23 | 3,63 | 0,94 | 3,60 | 0,86 | 5,749 | 0,050 |

Legenda: †) Controlo (n= 132); ‡ Experimental (n=149)

Teste de Friedman

Para melhor compreender a evolução longitudinal nos grupos emparelhados nas três observações realizadas, socorremo-nos da análise da relação de cada uma das observações entre si, através do teste de Wilcoxon (Quadro 44).

Neste sentido, podemos constatar que, no que se refere à dimensão auto-estima, da primeira observação para a segunda (Grupo Controlo: $p=0,027$; Grupo Experimental: $p=0,000$) e da primeira para a terceira (Grupo Controlo: $p=0,024$; Grupo Experimental: $p=0,001$), em ambos os grupos, se verificaram diferenças estatisticamente significativas sendo que, da análise dos

Quadros 43 e 44, podemos constatar que, ambos os grupos, consideram alto risco qualquer ameaça à sua auto-estima. Este risco foi sentido de forma mais intensa (diferenças altamente e muito significativas) nos elementos do grupo experimental, sujeitos ao programa de intervenção.

Relativamente à dimensão comportamentos conclui-se que, apenas no grupo experimental, se verificaram diferenças estatísticas muito significativas, da primeira para a segunda observação ($p=0,004$), e da primeira para a terceira observação ($p=0,016$). Verifica-se que, os elementos do grupo experimental, após a aplicação do programa de intervenção, aumentaram a sua percepção do alto risco do consumo de substâncias, nomeadamente o tabaco que, se manteve alta passado um ano, traduzindo eficácia temporal do programa de intervenção nesta dimensão.

Quadro 44 – Distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença e relação entre observações segundo as dimensões da “Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes” (EARA)

| Dimensões | | Observação 1 – Observação 2 | | Observação 2 – Observação 3 | | Observação 1 – Observação 3 | |
|-----------|----------------|-----------------------------|--------------|-----------------------------|-------|-----------------------------|--------------|
| | | Z | Sig. | Z | Sig. | Z | Sig. |
| † | Auto-estima | -1,933 | 0,027 | -0,100 | 0,461 | -1,970 | 0,024 |
| | Comportamentos | -1,245 | 0,107 | -0,527 | 0,300 | -1,066 | 0,144 |
| ‡ | Auto-estima | -3,480 | 0,000 | -0,452 | 0,326 | -3,007 | 0,001 |
| | Comportamentos | -2,898 | 0,004 | -0,396 | 0,347 | -2,411 | 0,016 |

Legenda: †) Controlo (n= 132); ‡ Experimental (n=149)

Teste de Wilcoxon

Escala de Motivação do Fumador (EMF)

A caracterização da variável percepção das motivações dos fumadores é feita através de escala própria, constituída por seis dimensões: a acessibilidade ao tabaco e sucesso escolar e profissional, a imagem de adultez, a resolução de problemas e bem-estar, a curiosidade, a imagem positiva e, a imitação de amigos e familiares.

Em cada item, das várias dimensões desta variável, os inquiridos foram solicitados, de acordo com o grau de concordância, a responderem utilizando uma escala tipo Likert de 1 a 5 pontos traduzindo: 1- Discordo totalmente; 2- Discordo; 3- Nem discordo e nem concordo; 4- Concordo; 5- Concordo totalmente.

A dimensão acessibilidade ao tabaco, sucesso escolar e profissional mede, tal como o nome indica, o grau com que os adolescentes consideram os motivos porque os outros fumam: por ser fácil comprar cigarros, pela associação do tabaco a uma imagem de sucesso na escola e no futuro profissional.

Neste sentido, na dimensão acessibilidade ao tabaco e sucesso escolar e profissional nos elementos do grupo de controlo, da primeira ($\bar{x}=2,10$) para a segunda observação ($\bar{x}=2,38$), verificou-se uma subida no valor médio da percepção, situação que se inverteu na terceira observação ($\bar{x}=2,14$). Assim, os adolescentes do grupo de controlo referem discordar (embora, na segunda observação eles tendam para uma posição de nem discordo e nem concordo) que as

peessoas fumam porque é fácil aceder ao tabaco e que o tabaco dá uma imagem de sucesso escolar e profissional (Quadro 45).

Relativamente ao grupo experimental verificou-se que, nesta dimensão, não se verificaram grandes diferenças nos valores médios de percepção (\bar{x} O₁= 2,30; \bar{x} O₂ e \bar{x} O₃= 2,33), o que permite concluir que, os adolescentes do grupo experimental, referem discordar de que as pessoas fumam porque é fácil aceder a tabaco e que o tabaco dá uma imagem de sucesso escolar e profissional. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nesta dimensão.

A dimensão imagem de aduletez, refere-se ao grau com que os adolescentes consideram os motivos porque os outros fumam, nomeadamente, para mostrarem que já são adultos, porque desejam comportar-se como adultos, para chamar a atenção e para frequentarem o grupo de amigos.

A dimensão resolução de problemas e bem-estar, refere-se ao grau com que os adolescentes consideram os motivos porque os outros fumam: por prazer, para esquecer e resolver problemas, para se sentirem mais descontraídos e para terem mais coragem.

A dimensão imagem positiva, refere-se ao grau com que os adolescentes consideram os motivos porque os outros fumam: para ficarem mais simpáticos, mais atraentes e estarem na moda.

A dimensão imitação de amigos e familiares, refere-se ao grau com que os adolescentes consideram os motivos porque os outros fumam: por questões pessoais, porque pais, irmãos e amigos também fumam.

Assim, nas dimensões imagem de aduletez; resolução de problemas e bem-estar; imagem positiva e finalmente, imitação de amigos e familiares, verifica-se uma subida no valor médio de percepção, em ambos os grupos, da primeira para a segunda observação, situação que se inverteu, da segunda para a terceira observação. Apesar de, ambos os grupos, apresentarem a mesma evolução, verifica-se que, nas três avaliações, o valor médio de percepção nestas dimensões é mais elevado no grupo experimental, traduzindo este grupo, uma situação de maior concordância (entre o nem concordo e nem discordo, a tender para o concordo) das pessoas fumarem, para mostrarem que são adultas, para esquecerem ou resolverem problemas, como imagem de maior atracção e moda e, porque pais e amigos fumam.

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de controlo e experimental, nas dimensões imagem de aduletez e imitação de amigos e familiares (Quadro 45).

Relativamente à dimensão resolução de problemas e bem-estar, apenas na terceira observação, se verificam diferenças estatisticamente muito significativas ($p=0,002$) entre o grupo experimental ($\bar{x}=3,37$) e o de controlo ($\bar{x}=3,24$), sendo que o grupo experimental, apresenta valores médios superiores. Assim, os elementos do grupo experimental, apresentam maior concordância (embora também se situem entre o nem discordo e nem concordo, e o concordo) com os motivos porque os outros fumam, nomeadamente, por prazer, para esquecer e resolver problemas, para se sentirem mais descontraídos e para terem mais coragem.

Na dimensão imagem positiva, verifica-se existirem diferenças estatísticas altamente significativas ($p=0,001$), entre o grupo experimental e o de controlo, no momento final da aplicação do programa de intervenção (O_2), apresentando os elementos do grupo experimental ($\bar{x}=2,74$) um valor médio de percepção superior aos elementos do grupo de controlo ($\bar{x}=2,59$). Assim, os adolescentes do grupo experimental discordam com menos intensidade com os motivos porque os outros fumam, nomeadamente, para ficarem mais simpáticos, mais atraentes e estarem na moda.

A dimensão curiosidade refere-se ao grau com que os adolescentes consideram os motivos porque os outros fumam, nomeadamente, por curiosidade, para experimentarem o sabor do tabaco e porque gostam do sabor do tabaco.

Na dimensão curiosidade verificamos que, no grupo de controlo, ao longo das avaliações, o valor médio da percepção foi subindo ($\bar{x} O_1=3,23$; $\bar{x} O_2=3,38$ e $\bar{x} O_3=3,46$). No grupo experimental, da primeira ($\bar{x}=3,55$) para a segunda observação ($\bar{x}=3,62$), verificou-se um aumento do valor médio de percepção que, decresceu na terceira observação ($\bar{x}=3,51$). Nesta dimensão, verifica-se existirem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,018$) entre o grupo de controlo e experimental, na primeira observação (com uma diferença de médias de $-0,32$), e diferenças muito significativas ($p=0,006$) entre os dois grupos, passado um ano da aplicação do programa de intervenção (O_3) (com uma diferença de médias de $-0,06$), verificando-se que, os elementos do grupo experimental, apresentam um valor médio de percepção nesta dimensão superior aos elementos do grupo de controlo. Assim, os adolescentes do grupo experimental, apresentam um certo grau de concordância (situaram-se entre o nem discordo e nem concordo, a tender para o concordo) com os motivos porque os outros fumam, nomeadamente: por curiosidade, para experimentarem o sabor do tabaco e porque gostam do sabor do tabaco.

Ainda da análise do Quadro 45, podemos constatar que, a diferença de médias entre o grupo de controlo e o experimental, de todas as dimensões e observações da variável, percepção das motivações do fumador é negativa, com excepção da dimensão acessibilidade ao tabaco, sucesso escolar e profissional, na segunda observação. Neste sentido, podemos concluir que, com excepção da dimensão acessibilidade ao tabaco, sucesso escolar e profissional (segunda observação), o grupo experimental apresenta, em todas as dimensões e observações, um grau de concordância com as motivações dos fumadores, superior ao do grupo de controlo. Salienta-se ainda que, em todas as dimensões, decresceu substancialmente da primeira para a segunda observação, e em quase todas elas, também, decresce na terceira observação.

Quadro 45 – Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença e observações segundo as dimensões da “Escala de Motivação do Fumador” (EMF)

| Dimensões | Obs. | Total da Amostra | | | Grupo Controlo | | | Grupo Experimental | | | $\bar{X}_c - \bar{X}_e$ | t | Sig. |
|-----------------------------------------------------------|----------------|------------------|-----------|------|----------------|-------------|------|--------------------|-------------|------|-------------------------|--------|--------------|
| | | n | \bar{X} | SD | n | \bar{X}_c | SD | n | \bar{X}_e | SD | | | |
| Acessibilidade ao tabaco e sucesso escolar e profissional | O ₁ | 279 | 2,21 | 0,85 | 131 | 2,10 | 0,86 | 148 | 2,30 | 0,84 | -0,20 | -1,811 | 0,700 |
| | O ₂ | 279 | 2,35 | 0,87 | 131 | 2,38 | 0,90 | 148 | 2,33 | 0,84 | 0,05 | -0,467 | 0,641 |
| | O ₃ | 279 | 2,24 | 0,97 | 131 | 2,14 | 0,86 | 148 | 2,33 | 1,06 | -0,19 | -1,728 | 0,081 |
| Imagem de adultez | O ₁ | 279 | 3,68 | 0,99 | 131 | 3,56 | 1,04 | 148 | 3,78 | 0,94 | -0,22 | -1,546 | 0,122 |
| | O ₂ | 279 | 3,84 | 0,85 | 131 | 3,81 | 0,83 | 148 | 3,86 | 0,87 | -0,05 | -0,447 | 0,655 |
| | O ₃ | 279 | 3,70 | 0,86 | 131 | 3,67 | 0,86 | 148 | 3,72 | 0,86 | -0,05 | -1,848 | 0,065 |
| Resolução de problemas e bem-estar | O ₁ | 279 | 3,31 | 0,78 | 131 | 3,23 | 0,80 | 148 | 3,39 | 0,76 | -0,16 | -1,410 | 0,158 |
| | O ₂ | 279 | 3,46 | 0,71 | 131 | 3,41 | 0,73 | 148 | 3,51 | 0,68 | -0,10 | -1,558 | 0,119 |
| | O ₃ | 279 | 3,31 | 0,68 | 131 | 3,24 | 0,74 | 148 | 3,37 | 0,61 | -0,13 | -3,052 | 0,002 |
| Curiosidade | O ₁ | 279 | 3,40 | 0,87 | 131 | 3,23 | 0,94 | 148 | 3,55 | 0,78 | -0,32 | -2,369 | 0,018 |
| | O ₂ | 279 | 3,51 | 0,70 | 131 | 3,38 | 0,71 | 148 | 3,62 | 0,67 | -0,24 | -0,757 | 0,449 |
| | O ₃ | 279 | 3,49 | 0,68 | 131 | 3,46 | 0,71 | 148 | 3,51 | 0,64 | -0,06 | -2,731 | 0,006 |
| Imagem positiva | O ₁ | 279 | 2,48 | 0,97 | 131 | 2,32 | 0,96 | 148 | 2,63 | 0,96 | -0,31 | -0,400 | 0,689 |
| | O ₂ | 279 | 2,67 | 1,30 | 131 | 2,59 | 1,00 | 148 | 2,74 | 1,52 | -0,15 | -3,417 | 0,001 |
| | O ₃ | 279 | 2,49 | 0,92 | 131 | 2,29 | 0,90 | 148 | 2,74 | 1,52 | -0,38 | -0,908 | 0,364 |
| Imitação de amigos e familiares | O ₁ | 279 | 3,23 | 0,82 | 131 | 3,15 | 0,86 | 148 | 3,29 | 0,79 | -0,14 | -1,481 | 0,139 |
| | O ₂ | 279 | 3,45 | 1,03 | 131 | 3,39 | 0,83 | 148 | 3,51 | 1,17 | -0,12 | -0,248 | 0,804 |
| | O ₃ | 279 | 3,33 | 0,70 | 131 | 3,31 | 0,73 | 148 | 3,34 | 0,67 | -0,03 | -1,658 | 0,097 |

Teste U de Mann-Whitney

Relativamente à análise longitudinal, em cada grupo, realizada (teste de Friedman), podemos concluir, pela análise do Quadro 46 que, da primeira para a segunda observação, em ambos os grupos, se verificou uma subida do valor médio, de cada uma das dimensões, da escala da percepção das motivações do fumador.

Da segunda para a terceira observações verificou-se que, no grupo de controlo, houve um decréscimo nos valores médios das dimensões que, se mantiveram acima do valor médio registado na primeira observação, com excepção das dimensões curiosidade e imagem positiva. Na dimensão curiosidade verifica-se uma tendência crescente nos valores da média ao longo das três observações.

No grupo de controlo verifica-se existir relação estatisticamente significativa, entre as observações, na dimensão imagem positiva ($p=0,006$), verificando-se da primeira para a segunda observação, uma subida do valor da média e, na terceira observação, uma descida (abaixo do valor registado na primeira observação).

No que se refere ao grupo experimental, podemos referir que, na dimensão acessibilidade ao tabaco, sucesso pessoal e profissional, verificou-se uma ligeira subida nos valores médios registados da primeira para a segunda observação que, se manteve na terceira observação. Nas dimensões imagem de adultez, resolução de problemas e bem-estar, e curiosidade, verificou-se um crescimento, da primeira para a segunda observação, e um decréscimo, na terceira dimensão, com valores médios inferiores aos registados na primeira observação. A dimensão imitação de amigos e familiares registou uma subida dos valores da média, da primeira para a segunda observação, e um decréscimo, da segunda para a terceira observação, com diferenças estatisticamente significativas ($p=0,015$). Verifica-se que nos elementos do grupo experimental, após o programa de intervenção, apresentam uma tendência para a concordância de que a imitação de amigos e familiares é uma das motivações dos fumadores para continuarem a fumar.

Da análise do Quadro 46, podemos constatar que, enquanto no grupo de controlo se registaram médias superiores, na terceira observação comparada com a primeira, no grupo

experimental observa-se, da primeira para a segunda observação, um aumento da média das percepções e da segunda para a terceira observação, em algumas dimensões, a média manteve-se e, noutras dimensões, a média decresceu.

Quadro 46 – Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença e observações segundo as dimensões da “Escala de Motivação do Fumador” (EMF)

| Dimensões | | Observação 1 | | Observação 2 | | Observação 3 | | t | Sig. |
|-----------|-----------------------------------------------------------|--------------|------|--------------|------|--------------|------|--------|--------------|
| | | \bar{X} | SD | \bar{X} | SD | \bar{X} | SD | | |
| † | Acessibilidade ao tabaco e sucesso escolar e profissional | 2,10 | 0,86 | 2,38 | 0,90 | 2,14 | 0,86 | 4,323 | 0,115 |
| | Imagem de adultez | 3,56 | 1,04 | 3,81 | 0,83 | 3,67 | 0,86 | 2,449 | 0,294 |
| | Resolução de problemas e bem-estar | 3,23 | 0,80 | 3,41 | 0,73 | 3,24 | 0,74 | 2,141 | 0,343 |
| | Curiosidade | 3,23 | 0,94 | 3,38 | 0,71 | 3,46 | 0,71 | 0,603 | 0,740 |
| | Imagem positiva | 2,32 | 0,96 | 2,59 | 1,00 | 2,29 | 0,90 | 10,139 | 0,006 |
| | Imitação de amigos e familiares | 3,15 | 0,86 | 3,39 | 0,83 | 3,31 | 0,73 | 8,973 | 0,011 |
| ‡ | Acessibilidade ao tabaco e sucesso escolar e profissional | 2,30 | 0,84 | 2,33 | 0,84 | 2,33 | 1,06 | 0,800 | 0,670 |
| | Imagem de adultez | 3,78 | 0,94 | 3,86 | 0,87 | 3,72 | 0,86 | 4,125 | 0,127 |
| | Resolução de problemas e bem-estar | 3,39 | 0,76 | 3,51 | 0,68 | 3,37 | 0,61 | 4,615 | 0,100 |
| | Curiosidade | 3,55 | 0,78 | 3,62 | 0,67 | 3,51 | 0,64 | 1,770 | 0,413 |
| | Imagem positiva | 2,63 | 0,96 | 2,74 | 1,52 | 2,74 | 1,52 | 0,556 | 0,757 |
| | Imitação de amigos e familiares | 3,29 | 0,79 | 3,51 | 1,17 | 3,34 | 0,67 | 8,463 | 0,015 |

Legenda: †) Controlo (n= 132); ‡ Experimental (n=149)

Teste de Friedman

Neste estudo, optou-se por realizar também a avaliação longitudinal, em cada uma das observações, de forma a um maior esclarecimento e compreensão do fenómeno a estudar (teste de Wilcoxon).

Da análise do Quadro 47, podemos concluir que, foi no grupo de controlo, onde se verificaram mais diferenças estaticamente significativas entre as observações, o que traduz alguma flutuação dos valores médios de percepção nas diferentes observações.

No grupo de controlo, verifica-se haver diferenças estatisticamente significativas entre a primeira e segunda observação e, entre a segunda e terceira observação, nas dimensões acessibilidade ao tabaco, sucesso escolar e profissional ($p=0,005$, $p=0,014$, respectivamente na segunda e terceira observação) e imagem positiva ($p=0,007$, $p=0,006$, respectivamente na segunda e terceira observação). Isto é, da primeira para a segunda observação, os adolescentes atribuem uma relação directa do facto das pessoas fumarem pela facilidade de acesso ao tabaco e pelo simbolismo de sucesso escolar e profissional que o tabaco traduz, situação que é completamente invertida, na terceira observação.

Nas dimensões, imagem de adultez e imitação de amigos e familiares, no grupo de controlo, verifica-se existirem diferenças estatisticamente significativas entre a primeira e segunda observação, com relação directa entre a percepção que eles têm das pessoas que fumam e a imagem de adultez ($p=0,031$) e como forma de imitar amigos e familiares ($p=0,017$). Na dimensão resolução de problemas e bem-estar, verifica-se existirem diferenças estatisticamente

significativas, entre a segunda e terceira observação ($p=0,040$), traduzindo na terceira observação, uma percepção das pessoas que fumam, baixamente associada à resolução de problemas e bem-estar. Finalmente, na dimensão curiosidade, observam-se diferenças estatisticamente significativas, da primeira para a terceira observação ($p=0,018$), verificando-se uma evolução do grau de concordância no facto das pessoas fumarem por curiosidade.

No grupo experimental, na dimensão imitação de amigos a familiares, verifica-se existirem diferenças estatisticamente significativas, entre a primeira e segunda observação ($p=0,023$), registando-se, na segunda observação, uma maior atribuição causal entre as pessoas que fumam e o facto de amigos e familiares fumarem. Na dimensão resolução de problemas e bem-estar, regista-se também a existência de diferenças estatisticamente significativas, entre a segunda e terceira observação ($p=0,017$), traduzindo da segunda para a terceira observação, uma diminuição da relação causal entre o facto das pessoas fumarem como forma de resolução de problemas e bem-estar.

Quadro 47 – Distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença e relação entre as observações segundo as dimensões da “Escala de Motivação do Fumador” (EMF)

| | Dimensões | Observação 1 – Observação 2 | | Observação 2 – Observação 3 | | Observação 1 – Observação 3 | |
|---|-----------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------|-----------------------------|--------------|-----------------------------|--------------|
| | | Z | Sig. | Z | Sig. | Z | Sig. |
| † | Acessibilidade ao tabaco e sucesso escolar e profissional | -2,596 | 0,005 | -2,207 | 0,014 | -0,277 | 0,391 |
| | Imagem de adultez | -1,872 | 0,031 | -1,428 | 0,077 | -0,913 | 0,181 |
| | Resolução de problemas e bem-estar | -1,501 | 0,067 | -1,751 | 0,040 | -0,137 | 0,446 |
| | Curiosidade | -1,038 | 0,150 | -0,965 | 0,168 | -2,101 | 0,018 |
| | Imagem positiva | -2,450 | 0,007 | -2,510 | 0,006 | -0,070 | 0,472 |
| | Imitação de amigos e familiares | -2,119 | 0,017 | -0,860 | 0,196 | -1,380 | 0,084 |
| ‡ | Acessibilidade ao tabaco e sucesso escolar e profissional | -0,415 | 0,340 | -0,622 | 0,268 | -0,089 | 0,465 |
| | Imagem de adultez | -0,675 | 0,251 | -1,270 | 0,103 | -1,056 | 0,146 |
| | Resolução de problemas e bem-estar | -1,464 | 0,072 | -2,126 | 0,017 | -0,875 | 0,192 |
| | Curiosidade | -0,376 | 0,354 | -1,179 | 0,120 | -1,175 | 0,130 |
| | Imagem positiva | -0,175 | 0,431 | -0,103 | 0,460 | -0,557 | 0,289 |
| | Imitação de amigos e familiares | -1,985 | 0,023 | -1,429 | 0,077 | -1,026 | 0,153 |

Legenda: †) Controlo (n= 132); ‡ Experimental (n=149)

Teste de Wilcoxon

“Escala de Percepção do Tabaco”

A caracterização da variável percepção do tabaco é feita através de escala própria, constituída por quatro dimensões: resolução de problemas; sucesso pessoal e profissional; efeitos a curto prazo e, grupo de amigos. Em cada item, das várias dimensões desta variável, os inquiridos foram solicitados, de acordo com o grau de concordância, a responderem utilizando uma escala tipo Likert de 1 a 5 pontos traduzindo: 1- Discordo totalmente; 2- Discordo; 3- Nem discordo e nem concordo; 4- Concordo; 5- Concordo totalmente.

Esta escala, foi construída e apenas aplicada na terceira observação, no sentido de refinar a percepção dos adolescentes face ao tabaco. Isto é, pretendeu-se com esta escala,

operacionalizar a percepção do tabaco numa perspectiva do “self”, do que o adolescente pensa do tabaco, comparando-a também com a percepção das motivações dos fumadores (Escala de Motivação do Fumador).

Tal como na escala de Motivação do Fumador, o grupo de controlo, apresenta valores médios inferiores ao grupo experimental, traduzindo um grau discordância superior, nas dimensões da percepção do tabaco. Isto é, os elementos do grupo experimental, apesar de discordarem que o tabaco ajuda a esquecer e resolver questões pessoais e problemas, apresentam uma percepção de discordância, não tão acentuada, como os elementos do grupo de controlo, no que se refere ao facto do tabaco ajudar a ter sucesso pessoal e profissional e dar uma imagem positiva.

Da análise do Quadro 48, podemos concluir que, os elementos do grupo experimental, passado um ano da aplicação do programa de intervenção, percebem o tabaco como uma substância que não ajuda a obter sucesso com os amigos, na escola e no emprego, muito embora o grau de discordância se faça sentir de forma mais acentuada, nos elementos do grupo de controlo.

Relativamente às dimensões, efeitos a curto prazo e grupo de amigos, ambos os grupos se situam em termos do grau de concordância entre o discordo, e nem concordo e nem discordo, salientando-se que, os elementos do grupo de controlo, apresentam maior grau de discordância em que o tabaco dê prazer, acalme, descontraia e que ajude nas relações de amizade.

Relativamente à dimensão resolução de problemas, no que se refere à terceira observação, podemos referir que, o grupo experimental, apresenta uma media superior, sem que existam diferenças significativas entre os dois grupos.

No que se refere às dimensões sucesso pessoal e profissional ($p=0,003$), efeitos a curto prazo ($p=0,023$) e grupo de amigos ($p=0,009$), podemos concluir que, o grupo experimental, apresenta valores médios superiores, em todas as dimensões, verificando-se existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Do que se conclui que, os elementos do grupo de controlo, apresentam uma percepção mais extremista no sentido da discordância que os elementos do grupo experimental.

Quadro 48 – Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença segundo as dimensões da “Escala de Percepção do Tabaco” (EPT)

| Dimensões | Total da Amostra | | | Grupo Controlo | | | Grupo Experimental | | | $\bar{X}_c - \bar{X}_e$ | t | Sig. |
|--------------------------------|------------------|-----------|------|----------------|-------------|------|--------------------|-------------|------|-------------------------|--------|--------------|
| | n | \bar{X} | SD | n | \bar{X}_c | SD | n | \bar{X}_e | SD | | | |
| Resolução de problemas | 279 | 1,98 | 0,74 | 131 | 1,91 | 0,73 | 148 | 2,05 | 0,74 | -0,14 | -1,658 | 0,097 |
| Sucesso pessoal e profissional | 279 | 1,93 | 0,70 | 131 | 1,80 | 0,67 | 148 | 2,04 | 0,70 | -0,24 | -2,924 | 0,003 |
| Efeitos a curto prazo | 279 | 2,61 | 0,87 | 131 | 2,49 | 0,86 | 148 | 2,71 | 0,87 | -0,22 | -2,272 | 0,023 |
| Grupo amigos | 279 | 2,56 | 0,91 | 131 | 2,40 | 0,92 | 148 | 2,70 | 0,88 | -0,30 | -2,611 | 0,009 |

Teste U de Mann-Whitney

Como já foi referido pretendeu-se com esta escala, operacionalizar a percepção do tabaco numa perspectiva do “self”, do que o adolescente pensa do tabaco, comparando-a também com a avaliação de risco em adolescentes e a percepção das motivações do fumador (Quadro 49).

Da análise do Quadro 49, podemos constatar que, o grupo experimental, é o que apresenta mais relações estatisticamente significativas entre as dimensões da percepção das motivações fumador e a percepção do tabaco. Relativamente às relações entre as dimensões da variável avaliação de risco em adolescentes com as dimensões da variável percepção do tabaco conclui-se que, apenas o grupo experimental, apresenta relações estatisticamente significativas entre as dimensões das duas escalas.

No grupo de controlo, relativamente à dimensão resolução de problemas, verifica-se existirem relações estatisticamente significativas, em sentidos contrários, com as dimensões acessibilidade ao tabaco, sucesso escolar e profissional (na terceira observação) ($p=0,005$) e imagem de adultez (na primeira observação) ($p=0,034$), da variável percepção da motivação do fumador. Os elementos do grupo de controlo, consideram na terceira observação que, quanto maior a percepção deles relativamente às pessoas que fumam, no sentido de considerarem que as pessoas fumam porque é fácil aceder ao tabaco, e porque traz sucesso escolar e profissional mais eles consideram que o tabaco não resolve problemas. Também na primeira observação verifica-se que, quanto maior a percepção dos elementos do grupo de controlo relativamente às pessoas que fumam, no sentido de considerarem que as pessoas fumam pela imagem de adultez que o tabaco representa, mais eles consideram que o tabaco não resolve problemas.

Relativamente à dimensão sucesso pessoal e profissional da percepção do adolescente face ao tabaco, no grupo de controlo, verifica-se existirem diferenças estatísticas altamente significativas na terceira observação com a dimensão acessibilidade ao tabaco, sucesso escolar e profissional ($p=0,000$) e significativas com a dimensão imagem positiva ($p=0,012$) imagem de adultez (primeira observação - $p=0,027$). Verifica-se que, quanto maior a percepção dos elementos do grupo de controlo relativamente às pessoas que fumam, no sentido de considerarem que as pessoas fumam porque é fácil aceder ao tabaco e porque traz sucesso escolar e profissional e dá uma imagem positiva e não transmite imagem de adultez, mais eles consideram que o tabaco dá origem a sucesso pessoal e profissional.

No grupo de controlo, considerando a dimensão efeitos a curto prazo, da percepção do tabaco, verifica-se existir relação estatisticamente significativa, na terceira observação, no mesmo sentido, com a dimensão curiosidade ($p=0,005$) da percepção das motivações do fumador. Isto é, quanto mais os adolescentes, do grupo de controlo, consideram os efeitos a curto prazo do tabaco, mais eles acham que as pessoas fumam por curiosidade.

No que refere à dimensão, grupo de amigos, da variável percepção das motivações do fumador, verifica-se a existência de relações estatisticamente significativas com as dimensões imagem positiva (terceira observação) ($p=0,005$) e imitação de amigos e familiares (primeira observação) ($p=0,029$). Assim, na terceira observação, quanto mais os adolescentes do grupo de controlo, percebem que os outros fumam porque dá uma imagem positiva, mais eles

consideram que fumar ajuda a criar e consolidar amizades. Relativamente à primeira observação, quanto menos os adolescentes considerarem que os outros fumam para imitar amigos e familiares, mais eles consideram que fumar ajuda a criar e consolidar amizades.

Ainda no grupo de controlo, relativamente ao grupo de amigos, da variável percepção das motivações do fumador, verifica-se a existência de relação significativa, em sentidos diferentes, com a dimensão imagem de adultez na primeira e terceira observação ($p=0,002$ e $p=0,001$, respectivamente). Neste grupo verifica-se que, na primeira observação, quanto mais os adolescentes percebem que a imagem de adultez não constitui motivação para os fumadores e na terceira observação, percebem que os outros fumam porque dá imagem de adultez, mais eles consideram que o tabaco ajuda a criar e consolidar amizades.

No que se refere ao grupo experimental, podemos referir que, a relação entre as duas variáveis: a avaliação do risco em adolescentes e a percepção do tabaco, é estatisticamente significativa nas dimensões auto-estima (terceira observação) ($p=0,032$) e comportamentos (segunda observação) ($p=0,033$) e a dimensão resolução de problemas, da percepção do tabaco. Assim, verifica-se que, os adolescentes do grupo experimental que, avaliam como alto risco, as ameaças à sua autoestima e a adesão a comportamentos de consumos, nomeadamente o tabaco, referem que o tabaco não resolve problemas.

Ainda relativamente à dimensão resolução de problemas, da percepção do tabaco, no grupo experimental, verifica-se a existência de relações estatisticamente significativas com as dimensões: acessibilidade ao tabaco, sucesso escolar e profissional (terceira observação) ($p=0,001$); resolução de problemas e bem-estar (terceira observação) ($p=0,002$); imagem positiva (terceira observação) ($p=0,001$); e imitação de amigos e familiares (segunda observação) ($p=0,012$), da percepção das motivações do fumador. Neste sentido, verifica-se que, quanto mais os adolescentes, do grupo experimental, tendem a considerar que o tabaco ajuda a resolver problemas, mais eles percebem as motivações do fumador como o fácil acesso ao tabaco, sinal de sucesso escolar e profissional da parte de quem fuma, facilitador da resolução de problemas e bem-estar, transmitindo uma imagem positiva que, resulta da imitação de familiares e amigos. É de salientar que, a média das dimensões se situa na amplitude de variação da discordância, e nem concordância e nem discordância.

No que se refere à dimensão sucesso pessoal e profissional, da percepção do tabaco, verificaram-se existir diferenças estatisticamente significativas nas dimensões: acessibilidade ao tabaco, sucesso pessoal e profissional ($p=0,000$); resolução de problemas e bem-estar ($p=0,049$); curiosidade ($p=0,025$); e imagem positiva ($p=0,000$), da variável percepção das motivações do fumador, registadas, todas, na terceira observação. Do que se conclui que, imediatamente após a aplicação do programa de intervenção, no grupo experimental, houve registo de uma percepção mais consentânea com a percepção das desvantagens do tabaco (registada pelos sentidos contrários, da relação entre as dimensões das variáveis) situação que não se verificou ser perene no tempo, pelos registos verificados passado um ano da aplicação do programa de intervenção.

Relativamente à dimensão, efeitos a curto prazo, da variável percepção do tabaco, verifica-se existirem relações estatisticamente significativas com as dimensões: imagem de adultez (terceira observação) ($p=0,049$), resolução de problemas e bem-estar (primeira e terceira observação; $p=0,045$ e $p=0,000$, respectivamente) curiosidade ($p=0,000$) e imagem positiva ($p=0,000$) (ambas registadas na terceira observação). Assim, verifica-se que os adolescentes que, referiram uma certa tendência para considerarem o tabaco como algo que ajuda a dar prazer, descontraír e acalmar percebem como motivações das pessoas que fumam, a imagem de adultez, a resolução de problemas e bem-estar, despertando curiosidade, traduzindo uma tendência a considerar menor discordância relativamente ao facto do tabaco dar uma imagem positiva.

Finalmente, a dimensão grupo de amigos, da percepção do tabaco, apresenta relação estatística altamente significativa com a dimensão imagem positiva (terceira observação) ($p=0,000$) da variável percepção das motivações do fumador, no grupo experimental. Esta relação, é bem o exemplo da mudança de sentido na percepção, quando comparada com a primeira e segunda observação. De facto, nesta terceira observação, os elementos do grupo experimental, percebem uma certa tendência a considerar o tabaco como algo que poderá ajudar a criar e desenvolver amizades e desta percepção se relacionar com uma tendência à imagem positiva, como uma das motivações das pessoas que fumam.

Quadro 49 – Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença segundo as dimensões da Escala de Avaliação do Risco em Adolescente e da Escala de Motivação do Fumador em função da Escala de Percepção do Tabaco

| G | Variável | Dimensão | Obser | Percepção do adolescente face ao tabaco | | | | | | | |
|---|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------|--------------|--------------------------------|--------------|-----------------------|--------------|--------------|--------------|
| | | | | Resolução de problemas | | Sucesso pessoal e profissional | | Efeitos a curto prazo | | Grupo amigos | |
| | | | | Z | Sig | Z | Sig | Z | Sig | Z | Sig |
| † | Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes | Auto-estima | O ₁ | 0,002 | 0,999 | -0,044 | 0,614 | 0,002 | 0,979 | -0,054 | 0,538 |
| | | | O ₂ | -0,061 | 0,492 | -0,092 | 0,296 | -0,023 | 0,790 | -0,132 | 0,131 |
| | | | O ₃ | -0,066 | 0,452 | 0,007 | 0,938 | 0,032 | 0,720 | 0,081 | 0,358 |
| | | Comportamentos | O ₁ | -0,032 | 0,714 | -0,056 | 0,523 | -0,164 | 0,061 | -0,164 | 0,060 |
| | | | O ₂ | -0,052 | 0,556 | -0,027 | 0,762 | 0,000 | 0,999 | -0,055 | 0,531 |
| | | | O ₃ | -0,007 | 0,932 | 0,029 | 0,739 | 0,016 | 0,854 | 0,118 | 0,180 |
| | Escala de Percepção de motivação do fumador | Acessibilidade ao tabaco e sucesso escolar e profissional | O ₁ | -0,007 | 0,932 | 0,029 | 0,739 | 0,118 | 0,117 | 0,024 | 0,784 |
| | | | O ₂ | 0,072 | 0,417 | -0,082 | 0,351 | 0,024 | 0,783 | -0,004 | 0,964 |
| | | | O ₃ | -0,244 | 0,005 | 0,388 | 0,000 | 0,099 | 0,260 | 0,142 | 0,104 |
| | | Imagem de adultez | O ₁ | -0,186 | 0,034 | -0,193 | 0,027 | -0,137 | 0,117 | -0,199 | 0,022 |
| | | | O ₂ | -0,044 | 0,621 | -0,139 | 0,112 | 0,017 | 0,844 | -0,009 | 0,923 |
| | | | O ₃ | -0,119 | 0,176 | -0,018 | 0,838 | 0,034 | 0,702 | 0,293 | 0,001 |
| | | Resolução de problemas e bem-estar | O ₁ | 0,001 | 0,990 | -0,014 | 0,870 | -0,009 | 0,922 | -0,060 | 0,498 |
| | | | O ₂ | 0,085 | 0,335 | 0,113 | 0,197 | 0,134 | 0,125 | 0,086 | 0,272 |
| | | | O ₃ | 0,093 | 0,290 | 0,004 | 0,968 | 0,115 | 0,191 | 0,059 | 0,503 |
| | | Curiosidade | O ₁ | 0,085 | -0,330 | 0,108 | 0,216 | 0,094 | 0,281 | 0,054 | 0,536 |
| | | | O ₂ | -0,107 | 0,226 | -0,054 | 0,537 | 0,085 | 0,333 | 0,093 | 0,288 |
| | | | O ₃ | 0,059 | 0,506 | 0,001 | 0,990 | 0,243 | 0,005 | 0,093 | 0,289 |
| | | Imagem positiva | O ₁ | -0,041 | 0,641 | -0,036 | 0,684 | -0,019 | 0,827 | -0,075 | 0,393 |
| | | | O ₂ | 0,013 | 0,886 | -0,006 | 0,984 | 0,094 | 0,283 | 0,136 | 0,119 |
| | | | O ₃ | 0,093 | 0,292 | 0,218 | 0,012 | 0,087 | 0,324 | 0,245 | 0,005 |
| | | Imitação de amigos e familiares | O ₁ | -0,140 | 0,111 | -0,157 | 0,073 | -0,073 | 0,409 | -0,191 | 0,029 |
| | | | O ₂ | 0,031 | 0,725 | 0,040 | 0,646 | 0,077 | 0,382 | 0,103 | 0,240 |
| | | | O ₃ | 0,076 | 0,385 | 0,109 | 0,213 | 0,125 | 0,153 | 0,164 | 0,060 |
| ‡ | Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes | Auto-estima | O ₁ | -0,002 | 0,981 | 0,000 | 0,993 | -0,041 | 0,617 | 0,006 | 0,942 |
| | | | O ₂ | -0,148 | 0,071 | -0,038 | 0,642 | -0,064 | 0,437 | -0,081 | 0,324 |
| | | | O ₃ | -0,175 | 0,032 | -0,003 | 0,968 | 0,081 | 0,322 | 0,000 | 0,996 |
| | | Comportamentos | O ₁ | -0,004 | 0,959 | -0,031 | 0,706 | -0,052 | 0,524 | 0,017 | 0,835 |
| | | | O ₂ | -0,174 | 0,033 | -0,021 | 0,799 | 0,000 | 0,999 | -0,055 | 0,531 |
| | | | O ₃ | -0,007 | 0,932 | 0,029 | 0,739 | 0,016 | 0,854 | 0,118 | 0,180 |
| | Escala de Percepção de motivação do fumador | Acessibilidade ao tabaco e sucesso escolar e profissional | O ₁ | 0,158 | 0,540 | 0,480 | 0,559 | 0,130 | 0,113 | 0,012 | 0,884 |
| | | | O ₂ | -0,180 | 0,823 | 0,650 | 0,426 | -0,040 | 0,623 | -0,019 | 0,814 |
| | | | O ₃ | 0,276 | 0,001 | 0,388 | 0,000 | 0,068 | 0,406 | 0,016 | 0,850 |
| | | Imagem de adultez | O ₁ | 0,133 | 0,105 | 0,440 | 0,592 | 0,001 | 0,988 | -0,138 | 0,092 |
| | | | O ₂ | 0,006 | 0,939 | 0,960 | 0,241 | 0,011 | 0,890 | 0,030 | 0,718 |
| | | | O ₃ | -0,116 | 0,158 | -0,066 | 0,425 | -0,161 | 0,049 | 0,105 | 0,203 |
| | | Resolução de problemas e bem-estar | O ₁ | 0,159 | 0,052 | -0,026 | 0,752 | 0,164 | 0,045 | -0,103 | 0,208 |
| | | | O ₂ | -0,009 | 0,914 | 0,960 | 0,241 | 0,034 | 0,125 | 0,086 | 0,272 |
| | | | O ₃ | 0,246 | 0,002 | 0,161 | 0,049 | 0,295 | 0,000 | 0,013 | 0,878 |
| | | Curiosidade | O ₁ | -0,033 | 0,690 | -0,028 | 0,731 | 0,012 | 0,885 | -0,078 | 0,342 |
| | | | O ₂ | 0,064 | 0,439 | 0,135 | 0,100 | 0,044 | 0,596 | -0,009 | 0,916 |
| | | | O ₃ | 0,136 | 0,097 | 0,183 | 0,025 | 0,353 | 0,000 | 0,010 | 0,899 |
| | | Imagem positiva | O ₁ | 0,080 | 0,328 | -0,075 | 0,362 | 0,063 | 0,444 | -0,106 | 0,195 |
| | | | O ₂ | -0,080 | 0,332 | -0,029 | 0,722 | -0,063 | 0,446 | -0,085 | 0,303 |
| | | | O ₃ | 0,272 | 0,001 | 0,328 | 0,000 | 0,354 | 0,000 | 0,393 | 0,000 |
| | | Imitação de amigos e familiares | O ₁ | -0,033 | 0,688 | 0,075 | 0,361 | 0,100 | 0,225 | -0,037 | 0,653 |
| | | | O ₂ | 0,206 | 0,012 | 0,089 | 0,281 | 0,113 | 0,169 | 0,020 | 0,805 |
| | | | O ₃ | -0,114 | 0,164 | -0,089 | 0,277 | -0,051 | 0,532 | 0,021 | 0,797 |

Legenda: †) Controlo (n= 132); ‡) Experimental (n=149)
Teste Ró de Spearman

Para concluir, no domínio da percepção das motivações do fumador, os elementos do grupo experimental, apresentam maior concordância (embora também se situem entre o nem discordo e nem concordo, e o concordo) com os motivos porque os outros fumam nomeadamente por prazer, para esquecer e resolver problemas, para se sentirem mais descontraídos e para terem mais coragem, pela curiosidade, para experimentarem o sabor do tabaco, porque gostam do sabor do tabaco e pelo facto dos amigos e familiares fumarem.

Os adolescentes do grupo experimental, discordam com menos intensidade, com os motivos porque os outros fumam, nomeadamente: para ficarem mais simpáticos mais atraentes e estarem na moda.

No grupo controlo, da primeira para a segunda observação, os adolescentes atribuem uma relação directa ao facto das pessoas fumarem pela facilidade de acesso ao tabaco e pelo

simbolismo de sucesso escolar e profissional que o tabaco traduz, situação que é completamente invertida na terceira observação.

No domínio percepção do tabaco, os elementos do grupo experimental, apesar de discordarem que o tabaco ajude a esquecer e resolver questões pessoais e problemas, apresentam uma percepção de discordância não tão acentuada como os elementos do grupo de controlo, com o facto do tabaco ajudar a ter sucesso pessoal e profissional e dar uma imagem positiva.

Atendendo aos diferentes resultados das análises da variância, podemos constatar que se aceita a hipótese formulada, acrescentando nos domínios da motivação do fumador e percepção do tabaco, o factor curto prazo: o programa de intervenção *“Par-a-Par sem Tabaco”* influencia, a curto prazo, a percepção do adolescente sobre o tabaco.

No domínio avaliação do risco em adolescentes aceita-se a hipótese formulada: o programa de intervenção *“Par-a-Par sem Tabaco”* influencia a percepção do adolescente sobre o tabaco. De facto, no grupo experimental, da primeira para a segunda observação, houve um aumento da avaliação do risco face à auto-estima e aos comportamentos nomeadamente o consumo de tabaco que, praticamente se manteve, na terceira observação, traduzindo eficácia temporal do programa de intervenção.

2.2 - ANÁLISES EXPLORATÓRIAS

Análise da relação entre a idade de experimentação tabágica, a percepção de risco em adolescentes, a percepção da motivação do fumador e a percepção do tabaco em função das características sócio-demográficas: o sexo e a idade

Relativamente ao facto dos adolescentes terem ou não experimentado o tabaco, segundo o grupo de pertença e o sexo, podemos concluir, da análise dos Quadros 50 e 51 que, no grupo experimental, na primeira observação, cerca de 31,84% dos elementos (50 elementos) já tinham experimentado o tabaco, percentagem que decresceu ligeiramente, na segunda observação, para 31,58% (48 elementos), mas que subiu consideravelmente, na terceira observação, para 52,66% (79 elementos). No grupo de controlo, nesta primeira observação cerca de 32,68% (50 elementos) dos elementos já tinha experimentado o tabaco, percentagem que subiu para os 36,60% (56 elementos), na segunda observação, e para 41,66% (55 elementos), na terceira observação.

No grupo experimental verifica-se que, pelo menos após a aplicação do programa de intervenção, não se verificou aumento na taxa de experimentação tabágica. No entanto, podemos verificar que, um ano após a aplicação do programa de intervenção, no grupo experimental, se verificou um aumento da taxa de experimentação de cerca de 20% comparada com a segunda observação.

No que se refere à comparação entre os grupos experimental e de controlo, relativamente à variável sexo, nas três observações, podemos concluir, da análise do Quadro 50 que, em ambos os sexos e grupos, ao longo das três observações se verificou um acréscimo da taxa de elementos que experimentaram o tabaco. Na primeira e segunda observação, os elementos do sexo feminino do grupo experimental, apresentaram uma taxa de experimentação tabágica mais baixa que os elementos do sexo feminino do grupo de controlo, situação que se inverteu, na terceira avaliação, apresentando os elementos do grupo experimental um aumento de 17,17% da taxa de experimentação tabágica relativamente à primeira observação. No sexo masculino, no grupo de experimental, verifica-se uma certa manutenção da taxa de experimentação tabágica ao longo das três observações sendo que, no grupo de controlo, verifica-se um acréscimo progressivo da taxa de experimentação.

Quadro 50 – Taxa de experimentação tabágica segundo o sexo, o grupo de pertença e as observações

| Sexo | Grupos | 1ª Obs. (%) | 2ª Obs. (%) | 3ª Obs. (%) |
|-----------|--------------|-------------|-------------|-------------|
| Feminino | Controlo | 18,95 | 16,99 | 20,45 |
| | Experimental | 10,83 | 14,47 | 28,00 |
| Masculino | Controlo | 13,72 | 19,61 | 21,21 |
| | Experimental | 21,02 | 20,39 | 24,66 |

Relativamente à análise da relação entre o sexo e a experimentação tabágica conclui-se que, apenas no grupo experimental, na primeira observação, se verifica a existência de uma relação estatisticamente muito significativa entre o sexo masculino e feminino ($p=0,007$). Assim, verificou-se nesta primeira observação que, o sexo masculino apresenta uma maior taxa de experimentação tabágica quando comparado com o feminino (Quadro 51).

Quadro 51 – Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença e a experimentação tabágica segundo o sexo

| | | Experimental | | | | | | | | | Controlo | | | | | | | | |
|------|-------|-----------------------|----|------|-----------------------|----|------|-----------------------|----|------|-----------------------|----|------|-----------------------|----|------|-----------------------|----|------|
| | | Experimenta tabaco O1 | | | Experimenta tabaco O2 | | | Experimenta tabaco O3 | | | Experimenta tabaco O1 | | | Experimenta tabaco O2 | | | Experimenta tabaco O3 | | |
| | | Não | | Sim | Não | | Sim | Não | | Sim | Não | | Sim | Não | | Sim | Não | | Sim |
| | | n | % | | n | % | | n | % | | n | % | | n | % | | n | % | |
| Sexo | Fem. | 61 | 17 | 21,8 | 52 | 21 | 28,8 | 35 | 39 | 52,7 | 52 | 29 | 35,8 | 54 | 27 | 33,3 | 45 | 31 | 40,8 |
| | Masc. | 46 | 33 | 41,8 | 52 | 27 | 34,2 | 36 | 40 | 52,6 | 51 | 21 | 29,2 | 43 | 29 | 40,3 | 32 | 24 | 42,9 |
| | Q | 7,217 | | | 0,012 | | | 0,000 | | | 0,763 | | | 0,792 | | | 0,057 | | |
| | Sig. | 0,007 | | | 0,911 | | | 0,993 | | | 0,382 | | | 0,373 | | | 0,812 | | |

Teste Qui-quadrado

Relativamente à análise da variação da avaliação do risco em adolescentes, da percepção da motivação dos fumadores e do tabaco em função do sexo, podemos verificar que, na variável percepção do tabaco não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o sexo feminino e o masculino (Quadro 52).

No que se refere à análise da variação da avaliação do risco em adolescentes em função do sexo, apenas no grupo experimental, na terceira observação, se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o sexo feminino e masculino, nas dimensões auto-estima

($p=0,002$) e comportamentos ($p=0,013$). Verificou-se que, os elementos do sexo masculino, percebem mais intensamente o risco face à auto-estima e os comportamentos, nomeadamente o consumo de tabaco quando comprado com o sexo feminino.

Relativamente à variável percepção das motivações do fumador, no grupo experimental, na primeira observação, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas na dimensão resolução de problemas e bem-estar ($p=0,020$) e curiosidade ($p=0,010$), sendo que os elementos do sexo feminino, apresentam maior grau de concordância relativamente a estes aspectos, considerando que as pessoas que fumam o fazem para resolver problemas e porque o tabaco traz bem-estar e desperta curiosidade.

No grupo de controlo, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, na dimensão imitação de amigos e familiares, da variável percepção das motivações dos fumadores, registada na segunda observação ($p=0,045$). Assim os elementos do sexo masculino referem que, as pessoas que fumam, o fazem para imitar comportamentos de amigos e familiares.

Quadro 52 – Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença segundo as dimensões da Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes, a Escala de Motivação do Fumador e a Escala de Percepção do Tabaco em função do sexo

| Variáveis | Dimensões | Obs. | GRUPO EXPERIMENTAL | | | | GRUPO CONTROLO | | | |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------|-----------------------------------|------------------------------------|--------|--------------|-----------------------------------|------------------------------------|--------|--------------|
| | | | \bar{X} rankings Feminino | \bar{X} rankings Masculino | Z | Sig. | \bar{X} rankings Feminino | \bar{X} rankings Masculino | Z | Sig. |
| Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes | Auto-estima | O1 | 74,99 | 74,04 | -0,135 | 0,893 | 67,34 | 64,21 | -0,470 | 0,639 |
| | | O2 | 74,28 | 74,71 | -0,062 | 0,951 | 67,02 | 64,63 | -0,358 | 0,721 |
| | | O3 | 63,26 | 85,14 | -3,119 | 0,002 | 66,24 | 65,68 | -0,084 | 0,933 |
| | Comportamentos | O1 | 73,81 | 75,15 | -0,190 | 0,849 | 65,79 | 66,29 | -0,075 | 0,941 |
| | | O2 | 73,19 | 75,74 | -0,363 | 0,716 | 63,44 | 69,43 | -0,895 | 0,371 |
| | | O3 | 65,48 | 83,05 | -2,497 | 0,013 | 65,55 | 66,60 | -0,156 | 0,876 |
| Escala de Motivação do Fumador | Acessibilidade ao tabaco e sucesso escolar e profissional | O1 | 68,38 | 80,30 | -1,696 | 0,090 | 62,68 | 70,45 | -1,166 | 0,244 |
| | | O2 | 74,10 | 74,88 | -0,112 | 0,911 | 64,15 | 68,48 | -0,649 | 0,516 |
| | | O3 | 76,40 | 72,70 | -0,527 | 0,598 | 62,17 | 71,13 | -1,341 | 0,180 |
| | Imagem de adultez | O1 | 77,84 | 71,34 | -0,938 | 0,348 | 63,05 | 69,95 | -1,035 | 0,301 |
| | | O2 | 78,35 | 70,86 | -1,070 | 0,284 | 82,80 | 70,21 | -1,105 | 0,269 |
| | | O3 | 71,97 | 76,89 | -0,705 | 0,481 | 63,58 | 69,24 | -0,852 | 0,394 |
| | Resolução de problemas e bem-estar | O1 | 82,92 | 66,58 | -2,336 | 0,020 | 67,48 | 64,04 | -0,514 | 0,607 |
| | | O2 | 72,29 | 76,59 | -0,614 | 0,539 | 63,49 | 69,37 | -0,882 | 0,378 |
| | | O3 | 74,01 | 74,96 | -0,137 | 0,891 | 65,53 | 66,63 | -0,166 | 0,868 |
| | Curiosidade | O1 | 83,69 | 65,80 | -2,568 | 0,010 | 65,54 | 66,62 | -0,162 | 0,871 |
| | | O2 | 76,65 | 72,49 | -0,600 | 0,548 | 62,65 | 70,49 | -1,185 | 0,236 |
| | | O3 | 79,15 | 70,09 | -1,308 | 0,191 | 68,16 | 63,11 | -0,764 | 0,445 |
| | Imagem positiva | O1 | 76,26 | 72,84 | -0,490 | 0,624 | 61,83 | 71,58 | -1,465 | 0,143 |
| | | O2 | 75,42 | 73,63 | -0,256 | 0,798 | 61,13 | 72,53 | -1,711 | 0,087 |
| | | O3 | 76,97 | 72,16 | -0,689 | 0,492 | 64,47 | 68,05 | -0,541 | 0,589 |
| | Imitação de amigos e familiares | O1 | 78,13 | 71,07 | -1,013 | 0,311 | 69,89 | 60,79 | -1,372 | 0,170 |
| | | O2 | 75,47 | 73,59 | -0,269 | 0,788 | 60,32 | 73,61 | -2,006 | 0,045 |
| | | O3 | 75,17 | 73,86 | -0,189 | 0,850 | 65,47 | 66,71 | -0,189 | 0,850 |
| Escala de Percepção do Tabaco | Resolução de problemas | O3 | 77,65 | 71,52 | -0,872 | 0,383 | 64,74 | 67,69 | -0,443 | 0,658 |
| | Sucesso pessoal e profissional | O3 | 76,08 | 73,01 | -0,436 | 0,663 | 65,88 | 66,16 | -0,042 | 0,967 |
| | Efeitos a curto prazo | O3 | 81,14 | 68,21 | -1,838 | 0,066 | 66,41 | 65,46 | -0,142 | 0,887 |
| | Grupo amigos | O3 | 73,54 | 75,41 | -0,267 | 0,790 | 66,38 | 65,49 | -0,133 | 0,894 |

Teste U de Mann-Whitney

Relativamente à análise da variação da avaliação do risco, da percepção da motivação do fumador, da percepção do tabaco, as experiências com o tabaco e o número de amigos que fumam em função da idade, podemos verificar que, na variável avaliação do risco em adolescentes, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas (Quadro 53).

Relativamente à variável idade de experimentação tabágica (anos), podemos concluir que, os adolescentes do grupo experimental, referem nas três observações que, já experimentaram

fumar, em média, há menos tempo que os elementos do grupo de controlo. Na primeira observação, verificamos que, os adolescentes do grupo de controlo que, experimentaram fumar, tinham-no feito, em média, quatro meses antes dos elementos do grupo experimental. Esta diferença de médias é agravada na segunda observação, onde se verifica que, os adolescentes do grupo de controlo que, experimentaram fumar, tinham-no feito, em média, oito meses antes dos elementos do grupo experimental. Passado um ano, podemos concluir que os adolescentes de ambos os grupos, referem ter experimentado o tabaco, em média, aos 12,4 anos de idade.

No que se refere à relação existente entre a idade dos adolescentes e a idade de experimentação tabágica, em ambos os grupos se verificaram diferenças estatisticamente significativas, sendo que, à medida que aumenta a idade, aumenta também a idade de experimentação tabágica. Esta situação foi registada em ambos os grupos na primeira observação ($p=0,000$) e repetida no grupo de controlo, na terceira observação ($p=0,032$).

No que se refere à comparação da evolução da média do número de cigarros consumidos semanalmente pelos elementos fumadores de cada grupo, podemos constatar que, a evolução média do consumo de cigarros, nos elementos do grupo experimental foi tendencialmente decrescente ao longo das três observações. De facto, os elementos do grupo experimental que, na avaliação inicial, apresentaram um consumo médio de 6,36 cigarros/semana, vêem o seu valor decrescer drasticamente após o programa de intervenção, para uma média de consumo de 2,80 cigarros/semana, valor que, aumentou ligeiramente, após um ano da aplicação do programa de intervenção, para uma média de 2,95 cigarros/semana. No entanto, no grupo de controlo, a evolução da média do consumo de cigarros foi sempre crescente: na primeira observação, a média de consumo de cigarros foi de 2,67 cigarros/semana, na segunda observação, foi de 4,26 cigarros/semana e finalmente, na terceira observação, os elementos fumadores do grupo de controlo, apresentaram uma média de consumo de 6,00 cigarros/semana.

No que se refere à variável número de cigarros que consomem por semana verifica-se existirem diferenças estatísticas altamente e muito significativas, para o grupo experimental ($p=0,000$) e de controlo ($p=0,006$), respectivamente, na observação inicial. À medida que aumenta a idade do adolescente aumenta o número de cigarros consumidos semanalmente.

A variável número de amigos fumadores apresenta ao longo das três observações, nos dois grupos, uma evolução crescente. Isto é, à medida que o tempo passa (nas três observações), aumenta o número de amigos fumadores. Verifica-se ainda, da análise do Quadro 53 que, os elementos do grupo experimental, apresentam nas três observações, um maior número de amigos fumadores.

Relativamente à variável número de amigos que fumam, podemos concluir que, em ambos os grupos, na observação inicial, se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,001$ – grupo experimental e $p=0,009$ – grupo de controlo), sendo que à medida que aumenta a idade dos adolescentes, aumenta simultaneamente o número de amigos que fumam. Ainda da análise do Quadro 53, nesta variável podemos verificar que, apenas no grupo experimental, esta relação é

invertida, após a aplicação do programa de intervenção, sem que existam diferenças estatisticamente significativas.

Relativamente à variável percepção das motivações dos fumadores, podemos verificar que, na dimensão acessibilidade ao tabaco, sucesso escolar e profissional, no grupo de controlo, existem diferenças estatisticamente significativas, registadas na segunda observação ($p=0,041$), sendo que, à medida que aumenta a idade, verifica-se um maior grau de concordância na percepção das pessoas que fumam, pela acessibilidade que têm ao tabaco e pelo sucesso escolar e profissional que o mesmo representa (salienta-se que a média se situa entre o grau de discordância, e o não discordo e nem concordo: $\bar{x}=2,38$).

No que se refere à relação entre a dimensão imagem de adultez da variável percepção das motivações dos fumadores e a idade dos adolescentes, verifica-se existirem diferenças estatisticamente significativas, nos dois grupos, na primeira observação ($p=0,023$ – grupo experimental e $p=0,003$ – grupo de controlo) e no grupo experimental, também na terceira observação ($p=0,025$). Na primeira observação, nos dois grupos, à medida que aumenta a idade, diminui a percepção da imagem de adultez constituir uma motivação dos fumadores. Situação que se inverte, no grupo experimental, no terceiro momento, em que os adolescentes à medida que aumenta a idade, referem um menor grau de concordância que a imagem de adultez constitui uma motivação para os fumadores fumarem.

Na dimensão resolução de problemas e bem-estar da percepção das motivações dos fumadores verifica-se existirem diferenças estatísticas muito significativas, na primeira observação, no grupo experimental ($p=0,009$), sendo que à medida que aumenta a idade dos adolescentes, diminui o grau de concordância com o facto de os adolescentes percepcionarem que as pessoas fumam para resolver problemas e terem bem-estar (muito embora a média se situe entre o grau de nem discordância e nem concordância, a tender para a concordância).

Ainda no grupo experimental, mas na dimensão resolução de problemas, da variável percepção dos adolescentes do tabaco, verifica-se na terceira observação, a existência de relações estatísticas muito significativas ($p=0,005$) sendo que, à medida que aumenta a idade dos adolescentes, eles apresentam maior grau de discordância ($\bar{x}=2,04$) com o facto, do tabaco ajudar a resolver problemas.

Quadro 53 – Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença segundo as dimensões da Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes, a Escala de Motivação do Fumador, a Escala de Percepção do Tabaco, as experiências com o tabaco e o número de amigos que fumam, em função da idade

| Variáveis | Dimensões | Obs. | GRUPO EXPERIMENTAL | | | GRUPO CONTROLO | | |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------|--------------------|--------|--------------|----------------|--------|--------------|
| | | | \bar{X} | Z | Sig. | \bar{X} | Z | Sig. |
| Idade de experimentação tabágica (anos) | - | O1 | 12,12 | 0,386 | 0,000 | 11,76 | 0,411 | 0,000 |
| | | O2 | 11,61 | 0,134 | 0,105 | 11,00 | 0,059 | 0,508 |
| | | O3 | 12,46 | 0,057 | 0,448 | 12,44 | 0,188 | 0,032 |
| Nº de cigarros que consomem | - | O1 | 6,36 | 0,360 | 0,000 | 2,67 | 0,242 | 0,006 |
| | | O2 | 2,80 | -0,083 | 0,318 | 4,60 | -0,011 | 0,903 |
| | | O3 | 2,95 | 0,015 | 0,855 | 6,00 | 0,056 | 0,524 |
| Nº de amigos que fumam | - | O1 | 1,03 | 0,273 | 0,001 | 0,66 | 0,308 | 0,009 |
| | | O2 | 1,20 | -0,103 | 0,215 | 1,00 | 0,054 | 0,540 |
| | | O3 | 1,84 | -0,044 | 0,593 | 1,17 | 0,132 | 0,136 |
| Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes | Auto-estima | O1 | 2,96 | 0,056 | 0,498 | 3,04 | -0,142 | 0,108 |
| | | O2 | 3,29 | 0,055 | 0,507 | 3,25 | 0,120 | 0,175 |
| | | O3 | 3,25 | 0,033 | 0,691 | 3,23 | -0,143 | 0,104 |
| | Comportamentos | O1 | 3,25 | 0,027 | 0,748 | 3,36 | -0,080 | 0,365 |
| | | O2 | 3,64 | 0,053 | 0,521 | 3,57 | 0,113 | 0,201 |
| | | O3 | 3,60 | 0,106 | 0,201 | 3,49 | -0,072 | 0,418 |
| Escala de Percepção das Motivações dos Fumadores | Acessibilidade ao tabaco e sucesso escolar e profissional | O1 | 2,31 | -0,108 | 0,190 | 2,13 | 0,154 | 0,080 |
| | | O2 | 2,34 | -0,059 | 0,480 | 2,38 | 0,180 | 0,041 |
| | | O3 | 2,34 | -0,084 | 0,310 | 2,15 | -0,020 | 0,821 |
| | Imagem de adulez | O1 | 3,76 | -0,187 | 0,023 | 3,59 | -0,257 | 0,003 |
| | | O2 | 3,88 | 0,019 | 0,818 | 3,76 | 0,117 | 0,184 |
| | | O3 | 3,72 | 0,184 | 0,025 | 3,67 | -0,074 | 0,401 |
| | Resolução de problemas e bem-estar | O1 | 3,40 | -0,213 | 0,009 | 3,26 | -0,079 | 0,375 |
| | | O2 | 3,51 | -0,020 | 0,812 | 3,37 | 0,038 | 0,664 |
| | | O3 | 3,36 | 0,104 | 0,209 | 3,24 | -0,133 | 0,132 |
| | Curiosidade | O1 | 3,54 | -0,036 | 0,668 | 2,25 | -0,028 | 0,748 |
| | | O2 | 3,62 | -0,090 | 0,277 | 3,38 | -0,006 | 0,948 |
| | | O3 | 3,51 | 0,045 | 0,588 | 3,46 | -0,083 | 0,349 |
| | Imagem positiva | O1 | 2,63 | -0,012 | 0,883 | 2,33 | 0,094 | 0,287 |
| | | O2 | 2,73 | -0,022 | 0,789 | 2,60 | 0,084 | 0,342 |
| | | O3 | 2,66 | 0,087 | 0,290 | 2,29 | -0,054 | 0,541 |
| | Imitação de amigos e familiares | O1 | 3,28 | -0,041 | 0,625 | 3,19 | -0,094 | 0,287 |
| | | O2 | 3,52 | 0,028 | 0,735 | 3,35 | 0,074 | 0,405 |
| | | O3 | 3,35 | 0,107 | 0,195 | 3,31 | -0,040 | 0,651 |
| Escala de Percepção do Tabaco | Resolução de problemas | O3 | 2,04 | -0,228 | 0,005 | 1,91 | 0,024 | 0,788 |
| | Sucesso pessoal e profissional | O3 | 2,03 | -0,107 | 0,197 | 1,80 | 0,098 | 0,268 |
| | Efeitos a curto prazo | O3 | 2,70 | -0,128 | 0,120 | 2,48 | 0,062 | 0,484 |
| | Grupo amigos | O3 | 2,72 | -0,057 | 0,490 | 2,39 | 0,098 | 0,266 |

Teste Ró de Spearman

Análise da relação entre o número de cigarros consumidos, perspectiva futura relativa ao consumo de tabaco, do número de amigos que fumam, da avaliação do risco em adolescentes, da percepção da motivação do fumador e da percepção do tabaco em função da experimentação, consumo do tabaco pelo adolescente e do consumo de tabaco pelos pais

No sentido de analisar as variáveis centrais (experimentação de tabaco pelo adolescente, consumo de tabaco pelo adolescente e consumo de tabaco dos pais) desta análise exploratória, foi tido em consideração, para cada uma delas, as três observações registadas (antes, após a aplicação do programa de intervenção, e passado um ano da aplicação do programa de intervenção).

Experimentação de tabaco

Relativamente ao facto do adolescente ter ou não experimentado o tabaco, aquando da primeira observação, em função das variáveis consideradas, podemos concluir, da análise do Quadro 54 que, apenas na variável percepção do tabaco não existe relação estatisticamente significativa com a variável considerada.

No que se refere às variáveis número de cigarros que consomem e número de amigos que fumam, em ambos os grupos, na primeira observação verificaram-se diferenças altamente significativas ($p=0,000$), sendo que, em ambos os grupos, os elementos que consomem um maior número de cigarros e que têm um maior número de amigos fumadores, são os que já experimentaram o tabaco.

Em relação à dimensão comportamentos, da variável avaliação do risco em adolescentes conclui-se que, no grupo de controlo, na primeira observação, aqueles que não experimentaram o tabaco, são os que consideram como de alto risco os comportamentos ligados aos consumos, nomeadamente o consumo de tabaco, com diferenças muito significativas ($p=0,012$).

Registam-se ainda, diferenças muito significativas entre a dimensão imagem de adultez da variável percepção das motivações do fumador e a experimentação tabágica, em ambos os grupos, na primeira observação ($p=0,001$ – grupo experimental e $p=0,002$ – grupo de controlo). Assim, os adolescentes que não experimentaram o tabaco apresentam uma percepção da imagem de adultez como sendo uma das motivações dos fumadores para fumarem.

Quadro 54 – Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do número de cigarros consumidos, número de amigos fumadores, Escala de Avaliação de Risco em Adolescentes, Escala de Motivação do Fumador e Escala de Percepção do Tabaco em função da experimentação tabágica pelo adolescente na primeira observação

| Experimentação tabágica O1 | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------------|--------|--------------|------------------------------|------------------------------|--------|--------------|
| Variáveis | Dimensões | Obs. | GRUPO EXPERIMENTAL | | | | GRUPO CONTROLO | | | |
| | | | \bar{X} rankings Não | \bar{X} rankings Sim | Z | Sig. | \bar{X} rankings Não | \bar{X} rankings Sim | Z | Sig. |
| Nº de cigarros que consomem (semanal) | - | O1 | 69,50 | 85,24 | -4,781 | 0,000 | 62,50 | 71,36 | -3,493 | 0,000 |
| | | O2 | 73,48 | 76,69 | -1,355 | 0,175 | 66,04 | 64,44 | -1,524 | 0,127 |
| | | O3 | 73,35 | 76,98 | -0,791 | 0,429 | 66,25 | 64,03 | -0,907 | 0,364 |
| Nº de amigos que fumam | - | O1 | 67,52 | 89,50 | -3,943 | 0,000 | 58,81 | 78,57 | -4,115 | 0,000 |
| | | O2 | 75,52 | 72,30 | -0,521 | 0,603 | 63,45 | 69,50 | -1,205 | 0,228 |
| | | O3 | 71,39 | 81,19 | -1,414 | 0,157 | 64,51 | 67,44 | -0,490 | 0,624 |
| Escala de Avaliação do Risco em Adolescente | Auto-estima | O1 | 72,53 | 78,72 | -0,821 | 0,421 | 69,16 | 58,35 | -1,554 | 0,120 |
| | | O2 | 74,86 | 73,72 | -0,151 | 0,880 | 62,31 | 71,74 | -1,357 | 0,175 |
| | | O3 | 74,70 | 74,07 | -0,083 | 0,934 | 65,92 | 64,67 | -0,181 | 0,857 |
| | Comportamentos | O1 | 73,84 | 75,93 | -0,276 | 0,782 | 71,42 | 53,93 | -2,508 | 0,012 |
| | | O2 | 77,44 | 68,19 | -1,224 | 0,221 | 62,80 | 70,77 | -1,143 | 0,253 |
| | | O3 | 74,76 | 73,95 | -0,107 | 0,915 | 65,24 | 66,01 | -0,111 | 0,912 |
| | Acessibilidade ao tabaco e sucesso escolar e profissional | O1 | 72,36 | 79,11 | -0,895 | 0,371 | 65,42 | 65,66 | -0,035 | 0,972 |
| | | O2 | 73,07 | 77,57 | -0,598 | 0,550 | 64,80 | 66,88 | -0,299 | 0,765 |
| | | O3 | 73,64 | 76,35 | -0,360 | 0,719 | 65,91 | 64,69 | -0,175 | 0,861 |
| Escala de Motivação do Fumador | Imagem de adultez | O1 | 82,29 | 57,76 | -3,295 | 0,001 | 72,73 | 51,38 | -3,078 | 0,002 |
| | | O2 | 72,29 | 79,26 | -0,927 | 0,354 | 64,87 | 66,74 | -0,270 | 0,787 |
| | | O3 | 74,08 | 75,40 | -0,177 | 0,860 | 65,67 | 65,16 | -0,075 | 0,941 |
| | Resolução de problemas e bem-estar | O1 | 73,13 | 77,44 | -0,571 | 0,568 | 67,74 | 61,13 | -0,951 | 0,342 |
| | | O2 | 71,49 | 80,97 | -1,260 | 0,207 | 64,85 | 66,76 | -0,275 | 0,784 |
| | | O3 | 70,70 | 82,67 | -1,593 | 0,111 | 67,23 | 62,11 | -0,738 | 0,461 |
| | Curiosidade | O1 | 73,68 | 76,27 | -0,346 | 0,729 | 61,17 | 73,95 | -1,846 | 0,065 |
| | | O2 | 77,30 | 68,49 | -1,179 | 0,239 | 65,76 | 64,99 | -0,112 | 0,911 |
| | | O3 | 70,36 | 83,39 | -1,758 | 0,080 | 67,38 | 61,82 | -0,808 | 0,419 |
| | Imagem positiva | O1 | 74,10 | 75,35 | -0,167 | 0,868 | 61,97 | 72,41 | -1,508 | 0,132 |
| | | O2 | 71,48 | 81,00 | -1,270 | 0,204 | 61,92 | 72,50 | -1,525 | 0,127 |
| | | O3 | 71,65 | 80,63 | -1,196 | 0,232 | 66,25 | 64,03 | -0,321 | 0,748 |
| | Imitação de amigos e familiares | O1 | 77,94 | 67,12 | -1,447 | 0,148 | 67,89 | 60,83 | -1,023 | 0,307 |
| | | O2 | 70,81 | 82,44 | -1,552 | 0,121 | 66,35 | 63,83 | -0,366 | 0,714 |
| | | O3 | 70,91 | 82,21 | -1,518 | 0,129 | 67,88 | 60,84 | -1,024 | 0,306 |
| Escala de Percepção do Tabaco | Resolução de problemas | O3 | 73,10 | 77,50 | -0,583 | 0,560 | 64,89 | 66,69 | -0,260 | 0,795 |
| | Sucesso pessoal e profissional | O3 | 73,79 | 76,03 | -0,293 | 0,766 | 65,26 | 65,98 | -0,104 | 0,917 |
| | Efeitos a curto prazo | O3 | 72,92 | 77,89 | -0,658 | 0,510 | 64,30 | 67,84 | -0,508 | 0,611 |
| | Grupo amigos | O3 | 73,91 | 75,78 | -0,249 | 0,803 | 64,09 | 68,26 | -0,601 | 0,548 |

Teste U de Mann-Whitney

Relativamente ao facto do adolescente, ter ou não experimentado o tabaco, aquando da segunda observação, em função das variáveis consideradas, podemos concluir, da análise do Quadro 55 que, o número de cigarros que consomem é influenciado muito significativamente pelo facto do adolescente ter ou não experimentado tabaco. Esta influência faz-se sentir, em ambos os grupos, na segunda observação ($p=0,002$ – grupo experimental e $p=0,001$ – grupo de controlo) e ainda no grupo experimental, na terceira observação ($p=0,004$), no sentido de que o número de cigarros consumidos aumenta com o facto de o adolescente ter experimentado o cigarro, o que aliás é lógico.

No que se refere ao número de amigos que fumam, conclui-se que, na segunda observação, os que têm mais amigos fumadores são os que já experimentaram o tabaco, com diferenças altamente significativas para o grupo experimental ($p=0,000$) e muito significativas para o grupo de controlo ($p=0,003$).

Na dimensão comportamentos, da avaliação do risco em adolescentes, regista-se diferenças estatísticas significativas, no grupo de controlo, na segunda observação ($p=0,010$), sendo que, os elementos que não experimentaram o tabaco percebem com mais intensidade o

risco relacionado com os comportamentos, nomeadamente no que se refere aos consumos de tabaco.

Verificam-se ainda, existirem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões acessibilidade ao tabaco, sucesso escolar e profissional ($p=0,049$) e imagem de adultez ($p=0,010$), da variável percepção das motivações do fumador, na segunda observação, no grupo de controlo, em função da experimentação tabágica, na segunda observação. Assim verifica-se que, os elementos que já experimentaram o tabaco, percebem mais intensamente a acessibilidade ao tabaco, o sucesso escolar e profissional e menos intensamente a imagem de adultez, como motivações para as pessoas fumadoras fumarem.

No que se refere à percepção do adolescente face ao tabaco verificamos que, na dimensão efeitos a curto prazo, nos elementos do grupo experimental, na terceira observação, existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,018$), sendo que, os elementos que na segunda observação, já tinham experimentado o tabaco, são os que na terceira observação, percebem mais intensamente os efeitos a curto prazo do tabaco (acalma, dá prazer...) como uma das motivações dos fumadores.

Quadro 55 – Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do número de cigarros consumidos, número de amigos fumadores, Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes, Escala de Motivação do Fumador e Escala de Percepção do Tabaco em função da experimentação tabágica pelo adolescente na segunda observação

| Experimentação tabágica O2 | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------------|--------|--------------|------------------------------|------------------------------|--------|--------------|
| Variáveis | Dimensões | Obs. | GRUPO EXPERIMENTAL | | | | GRUPO CONTROLO | | | |
| | | | \bar{X} rankings Não | \bar{X} rankings Sim | Z | Sig. | \bar{X} rankings Não | \bar{X} rankings Sim | Z | Sig. |
| Nº de cigarros que consomem (semanal) | - | O1 | 72,79 | 76,27 | -1,082 | 0,279 | 65,58 | 65,35 | -0,094 | 0,928 |
| | | O2 | 71,50 | 78,71 | -3,110 | 0,002 | 62,24 | 71,46 | -3,203 | 0,001 |
| | | O3 | 69,53 | 82,42 | -2,873 | 0,004 | 66,39 | 63,87 | -1,004 | 0,315 |
| Nº de amigos que fumam | - | O1 | 71,97 | 77,81 | -1,072 | 0,284 | 64,80 | 66,77 | -0,414 | 0,679 |
| | | O2 | 65,37 | 90,25 | -4,138 | 0,000 | 60,33 | 74,93 | -2,941 | 0,003 |
| | | O3 | 73,23 | 75,44 | -0,326 | 0,744 | 62,27 | 71,39 | -1,536 | 0,125 |
| Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes | Auto-estima | O1 | 74,46 | 73,13 | -0,182 | 0,856 | 63,29 | 69,53 | -0,907 | 0,364 |
| | | O2 | 75,02 | 72,09 | -0,399 | 0,690 | 67,31 | 62,20 | -0,743 | 0,457 |
| | | O3 | 71,04 | 79,58 | -1,164 | 0,245 | 61,99 | 71,90 | -1,445 | 0,149 |
| | Comportamentos | O1 | 76,59 | 69,12 | -1,014 | 0,310 | 65,71 | 65,11 | -0,088 | 0,930 |
| | | O2 | 78,23 | 66,03 | -1,658 | 0,097 | 71,79 | 54,02 | -2,575 | 0,010 |
| | | O3 | 71,61 | 78,50 | -0,936 | 0,349 | 67,77 | 61,35 | -0,932 | 0,352 |
| Escala de Motivação do Fumador | Acessibilidade ao tabaco e sucesso escolar e profissional | O1 | 76,42 | 69,45 | -0,948 | 0,343 | 62,71 | 70,60 | -1,149 | 0,251 |
| | | O2 | 73,16 | 75,59 | -0,331 | 0,741 | 60,70 | 74,26 | -1,969 | 0,049 |
| | | O3 | 75,10 | 71,92 | -0,433 | 0,665 | 64,15 | 67,96 | -0,552 | 0,581 |
| | Imagem de adultez | O1 | 74,68 | 72,72 | -0,271 | 0,787 | 65,57 | 65,38 | -0,027 | 0,978 |
| | | O2 | 77,01 | 68,33 | -1,185 | 0,236 | 71,76 | 54,07 | -2,583 | 0,010 |
| | | O3 | 73,72 | 74,53 | -0,111 | 0,912 | 66,08 | 64,45 | -0,238 | 0,812 |
| | Resolução de problemas e bem- estar | O1 | 72,66 | 76,52 | -0,525 | 0,599 | 62,13 | 71,66 | -1,386 | 0,166 |
| | | O2 | 75,45 | 71,27 | -0,569 | 0,569 | 68,88 | 59,33 | -1,391 | 0,164 |
| | | O3 | 69,68 | 82,14 | -1,701 | 0,089 | 68,43 | 60,15 | -1,205 | 0,228 |
| | Curiosidade | O1 | 74,59 | 72,88 | -0,235 | 0,814 | 65,76 | 65,02 | -0,108 | 0,914 |
| | | O2 | 71,93 | 77,90 | -0,820 | 0,412 | 62,85 | 70,35 | -1,100 | 0,271 |
| | | O3 | 71,02 | 79,62 | -1,187 | 0,235 | 64,87 | 66,65 | -0,262 | 0,794 |
| | Imagem positiva | O1 | 73,67 | 74,63 | -0,132 | 0,895 | 64,48 | 67,36 | -0,420 | 0,675 |
| | | O2 | 73,19 | 75,53 | -0,320 | 0,749 | 62,39 | 71,17 | -1,279 | 0,201 |
| | | O3 | 73,41 | 75,12 | -0,234 | 0,815 | 63,51 | 69,14 | -0,829 | 0,410 |
| | Imitação de amigos e familiares | O1 | 73,64 | 74,68 | -0,142 | 0,887 | 67,36 | 62,11 | -0,768 | 0,442 |
| | | O2 | 74,84 | 72,42 | -0,331 | 0,741 | 66,08 | 64,43 | -0,242 | 0,809 |
| | | O3 | 74,45 | 73,15 | -0,180 | 0,857 | 68,43 | 60,14 | -1,218 | 0,223 |
| Escala de Percepção do Tabaco | Resolução de problemas | O3 | 72,72 | 76,41 | -0,502 | 0,615 | 66,65 | 63,39 | -0,475 | 0,634 |
| | Sucesso pessoal e profissional | O3 | 72,01 | 77,75 | -0,778 | 0,436 | 63,54 | 69,09 | -0,806 | 0,420 |
| | Efeitos a curto prazo | O3 | 67,96 | 85,37 | -2,366 | 0,018 | 61,57 | 72,68 | -1,613 | 0,107 |
| | Grupo amigos | O3 | 70,61 | 80,37 | -1,331 | 0,103 | 62,31 | 71,33 | -1,312 | 0,190 |

Teste U de Mann-Whitney

Relativamente ao facto do adolescente ter ou não experimentado o tabaco, aquando da terceira observação, em função das variáveis consideradas, podemos concluir da análise do Quadro 56 que, em todas as variáveis identificadas se verificam diferenças estatisticamente significativas.

Assim, o número de cigarros que consomem apresenta relação altamente significativa, para o grupo experimental ($p=0,000$) e muito significativa para o grupo de controlo ($p=0,004$), com o facto de o adolescente ter ou não experimentado o tabaco na terceira observação. Esta influência faz-se sentir, em ambos os grupos, na terceira observação, no sentido de que o número de cigarros consumidos aumenta com o facto de o adolescente ter experimentado o cigarro, o que aliás é lógico.

Relativamente à variável número de amigos fumadores, podemos concluir que, esta influencia a experimentação tabágica pelo adolescente, com diferenças altamente significativas para o grupo experimental ($p=0,000$) e muito significativas para o grupo de controlo ($p=0,006$), na terceira observação. Assim conclui-se que, em ambos os grupos, na terceira observação quem tem mais amigos fumadores é quem já fez experimentação do tabaco.

No grupo experimental, nesta variável, regista-se ainda uma correlação estatística significativa entre a experimentação tabágica, na terceira observação e o número de amigos fumadores existentes na primeira observação ($p=0,034$), sendo que, quem tem mais amigos fumadores na primeira observação foi quem menos experimentou o tabaco, na terceira observação.

Na dimensão comportamentos, da variável avaliação do risco em adolescentes, verifica-se a existência de correlação altamente significativa ($p=0,000$), no grupo de controlo, em relação à variável experimentação tabágica, na terceira observação. Neste sentido, regista-se que os elementos que não experimentaram o tabaco, avaliam com mais intensidade o risco face aos comportamentos, nomeadamente o consumo de tabaco.

Relativamente à dimensão imagem de adultez, da percepção das motivações dos fumadores, regista-se nesta terceira observação que, existem diferenças altamente significativas entre as duas variáveis, em ambos os grupos. No entanto, no grupo experimental ($p=0,001$), os elementos que não experimentaram o tabaco, consideram que as pessoas que fumam o fazem para dar uma imagem de adultez, situação que não se verifica no grupo de controlo ($p=0,000$). No grupo de controlo, os que já experimentaram o tabaco referem que as pessoas que fumam, o fazem para dar uma imagem de adultez.

Nas dimensões curiosidade (terceira observação) ($p=0,009$) e imagem positiva (primeira e segunda observação: $p=0,023$ e $p=0,008$, respectivamente) verifica-se a existência de correlações significativas com a experimentação tabágica, no grupo experimental, na terceira observação. Assim, os elementos que já experimentaram o tabaco, na terceira observação, percebem que as pessoas fumam pela curiosidade que o tabaco representa (considerada na terceira observação) e pela imagem positiva transmitida pelo tabaco (considerada na primeira e segunda observação).

Relativamente à dimensão resolução de problemas observa-se existir correlações muito significativas com a variável experimentação tabágica, na terceira observação, no grupo de controlo ($p=0,008$), sendo que, os elementos que já experimentaram o tabaco, são quem percepciona o tabaco como algo que facilita a resolução de problemas.

Por último, também se observa existir diferenças altamente significativas para o grupo experimental ($p=0,000$) e significativas para o grupo de controlo ($p=0,033$), nesta terceira observação, entre a dimensão efeitos a curto prazo, da percepção do tabaco e a experimentação do tabaco pelo adolescente. Nesta perspectiva, os elementos que já experimentaram o tabaco percebem com mais intensidade os efeitos a curto prazo do tabaco (acalma, dá prazer...).

Quadro 56 – Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do número de cigarros consumidos, número de amigos fumadores, Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes, Escala de Motivação do Fumador e Escala de Percepção do Tabaco em função da experimentação tabágica pelo adolescente na terceira observação

| Experimentação tabágica O3 | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------------|--------|--------------|------------------------------|------------------------------|--------|--------------|
| Variáveis | Dimensões | Obs. | GRUPO EXPERIMENTAL | | | | GRUPO CONTROLO | | | |
| | | | \bar{X} rankings Não | \bar{X} rankings Sim | Z | Sig. | \bar{X} rankings Não | \bar{X} rankings Sim | Z | Sig. |
| Nº de cigarros que consomem (semanal) | - | O1 | 75,45 | 72,75 | -0,877 | 0,381 | 65,94 | 64,90 | -0,428 | 0,669 |
| | | O2 | 74,78 | 73,33 | -0,656 | 0,512 | 65,83 | 65,05 | -0,277 | 0,782 |
| | | O3 | 64,00 | 82,61 | -4,434 | 0,000 | 62,50 | 69,59 | -2,916 | 0,004 |
| Nº de amigos que fumam | - | O1 | 79,94 | 68,89 | -2,126 | 0,034 | 67,00 | 63,43 | -0,771 | 0,441 |
| | | O2 | 73,24 | 74,66 | -0,246 | 0,806 | 64,25 | 67,20 | -0,613 | 0,540 |
| | | O3 | 55,79 | 89,68 | -5,261 | 0,000 | 58,77 | 74,67 | -2,768 | 0,006 |
| Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes | Auto-estima | O1 | 72,71 | 75,11 | -0,343 | 0,732 | 67,55 | 62,71 | 0,727 | 0,467 |
| | | O2 | 75,02 | 73,12 | -0,271 | 0,786 | 64,54 | 66,81 | -0,341 | 0,733 |
| | | O3 | 73,17 | 74,72 | -0,221 | 0,825 | 70,91 | 58,12 | -1,924 | 0,054 |
| | Comportamentos | O1 | 69,22 | 78,11 | -1,264 | 0,206 | 69,14 | 60,54 | -1,288 | 0,198 |
| | | O2 | 76,40 | 71,93 | -0,636 | 0,524 | 66,81 | 63,72 | -0,463 | 0,644 |
| | | O3 | 81,32 | 67,70 | -1,937 | 0,053 | 75,44 | 51,95 | -3,519 | 0,000 |
| Escala de Motivação do Fumador | Acessibilidade ao tabaco e sucesso escolar e profissional | O1 | 68,56 | 78,68 | -1,443 | 0,145 | 67,51 | 62,76 | -0,714 | 0,475 |
| | | O2 | 68,72 | 78,54 | -1,401 | 0,161 | 62,49 | 64,19 | -1,069 | 0,285 |
| | | O3 | 78,17 | 70,41 | -1,105 | 0,269 | 68,03 | 62,05 | -0,341 | 0,733 |
| | Imagem de adultez | O1 | 75,14 | 73,02 | -0,306 | 0,759 | 63,73 | 67,92 | -0,899 | 0,369 |
| | | O2 | 72,90 | 74,95 | -0,294 | 0,769 | 75,66 | 51,78 | -0,632 | 0,527 |
| | | O3 | 86,04 | 63,63 | -3,214 | 0,001 | 65,25 | 65,85 | -3,590 | 0,000 |
| | Resolução de problemas e bem-estar | O1 | 70,53 | 76,99 | -0,921 | 0,357 | 65,24 | 65,85 | -0,090 | 0,928 |
| | | O2 | 71,77 | 75,92 | -0,592 | 0,554 | 67,46 | 62,85 | -0,092 | 0,926 |
| | | O3 | 72,01 | 75,72 | -0,530 | 0,596 | 67,42 | 62,83 | -0,697 | 0,486 |
| | Curiosidade | O1 | 71,91 | 75,80 | -0,558 | 0,577 | 65,41 | 65,62 | -0,031 | 0,975 |
| | | O2 | 74,26 | 73,78 | -0,069 | 0,945 | 68,73 | 61,09 | -1,158 | 0,247 |
| | | O3 | 64,35 | 82,31 | -2,597 | 0,009 | 65,12 | 66,02 | -0,136 | 0,892 |
| | Imagem positiva | O1 | 65,46 | 81,31 | -2,280 | 0,023 | 70,00 | 59,36 | -1,603 | 0,109 |
| | | O2 | 64,03 | 82,58 | -2,659 | 0,008 | 66,65 | 63,94 | -0,408 | 0,683 |
| | | O3 | 73,54 | 74,39 | -0,121 | 0,903 | 67,80 | 62,36 | -0,822 | 0,411 |
| | Imitação de amigos e familiares | O1 | 71,00 | 76,58 | -0,802 | 0,423 | 66,48 | 64,16 | -0,350 | 0,726 |
| | | O2 | 67,67 | 79,45 | -1,690 | 0,091 | 67,53 | 62,73 | -0,728 | 0,467 |
| | | O3 | 76,36 | 71,97 | -0,634 | 0,526 | 69,93 | 59,46 | -1,588 | 0,112 |
| Escala de Percepção do Tabaco | Resolução de problemas | O3 | 68,07 | 79,11 | -1,573 | 0,116 | 58,07 | 75,64 | -2,645 | 0,008 |
| | Sucesso pessoal e profissional | O3 | 68,61 | 78,64 | -1,426 | 0,154 | 65,17 | 66,95 | -0,116 | 0,908 |
| | Efeitos a curto prazo | O3 | 58,66 | 87,20 | -4,061 | 0,000 | 59,47 | 73,73 | -2,138 | 0,033 |
| | Grupo amigos | O3 | 70,90 | 76,66 | -0,824 | 0,410 | 66,72 | 63,84 | -0,433 | 0,665 |

Teste U de Mann-Whitney

Neste estudo e de acordo com recomendações de Hill e Hill (2008), sempre que uma (ou mais) célula apresentou frequência inferior a 5, e quando 20% (ou mais) das células têm frequências inferiores a 5 foi usado o teste exacto de Fisher em alternativa ao valor de Qui-Quadrado.

No que se refere à condição de futuro fumador, na primeira observação, no grupo experimental, verifica-se a existência de correlação altamente significativa ($p=0,000$) e significativa

($p=0,021$), com a variável experimentação tabágica, na primeira observação e segunda observação, respectivamente (Quadro 57). Assim, verifica-se que, a maior parte dos elementos que não experimentaram tabaco, perspectivam-se no futuro como não fumadores, ao contrário dos que já experimentaram o tabaco que, na sua grande maioria, se perspectivam no futuro, numa condição de indecisão ou de fumadores. A mesma situação acontece entre os elementos do grupo de controlo que, já experimentaram fumar, na primeira observação, em que apenas dois terços dos que experimentaram o tabaco, se perspectivam no futuro como não fumadores (primeira observação), com relação estatística muito significativa ($p=0,001$).

Na segunda observação, correlacionando as variáveis experimentação de tabaco e projecção futura da condição de fumador, verifica-se a existência de correlação muito significativa para os dois grupos ($p=0,002$ – grupo experimental e $p=0,001$ – grupo controlo). No grupo experimental, dos 104 elementos que ainda não experimentaram fumar, 101 referem que no futuro serão não fumadores e dos 53 que já experimentaram fumar apenas 2, referem que no futuro serão fumadores. No grupo de controlo, dos 97 elementos que não experimentaram tabaco, nenhum refere que será fumador e 11 referem que não sabem, dos 56 elementos que já experimentaram o tabaco, 39 referem que no futuro serão não fumadores.

Finalmente, na terceira observação, correlacionando as variáveis experimentação de tabaco e projecção futura da condição de fumador, verifica-se a existência de correlação altamente significativa para os dois grupos ($p=0,000$). No grupo experimental, dos 71 elementos que não experimentaram fumar, 68 perspectivam-se no futuro como não fumadores. No grupo de controlo, dos 77 elementos que não experimentaram fumar, 72 perspectivam-se no futuro como não fumadores.

Quadro 57 – Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença e a experimentação tabágica segundo as variáveis: o sexo, o consumo de tabaco e a perspectiva futura acerca do consumo de tabaco

| | | Experimental | | | | | | Controlo | | | | | |
|-------------------|---------|-----------------------------|-----|-----------------------------|-----|-----------------------------|-----|-----------------------------|-----|-----------------------------|-----|-----------------------------|-----|
| | | Experimentação de tabaco O1 | | Experimentação de tabaco O2 | | Experimentação de tabaco O3 | | Experimentação de tabaco O1 | | Experimentação de tabaco O2 | | Experimentação de tabaco O3 | |
| | | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim |
| Futuro fumador O1 | Não | 76 | 23 | 72 | 27 | 50 | 45 | 84 | 31 | 70 | 45 | 55 | 43 |
| | Não sei | 29 | 17 | 23 | 23 | 14 | 29 | 19 | 13 | 24 | 8 | 20 | 8 |
| | Sim | 2 | 10 | 9 | 3 | 7 | 5 | 0 | 6 | 3 | 3 | 2 | 4 |
| | F | 18,594 | | 7,700 | | 5,418 | | 14,990 | | 2,637 | | 3,715 | |
| | Sig. | 0,000 | | 0,021 | | 0,067 | | 0,001 | | 0,268 | | 0,156 | |
| Futuro fumador O2 | Não | 100 | 44 | 101 | 43 | 65 | 73 | 86 | 39 | 86 | 39 | 62 | 48 |
| | Não sei | 6 | 4 | 2 | 8 | 5 | 4 | 12 | 9 | 11 | 10 | 11 | 4 |
| | Sim | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 5 | 2 | 0 | 7 | 4 | 3 |
| | F | 2,093 | | 11,993 | | 0,483 | | 1,167 | | 14,795 | | 1,568 | |
| | Sig. | 0,351 | | 0,002 | | 0,785 | | 0,558 | | 0,001 | | 0,457 | |
| Futuro fumador O3 | Não | 79 | 34 | 78 | 35 | 68 | 45 | 70 | 34 | 65 | 39 | 72 | 32 |
| | Não sei | 19 | 8 | 17 | 10 | 3 | 24 | 10 | 8 | 10 | 8 | 3 | 15 |
| | Sim | 5 | 5 | 4 | 6 | 0 | 10 | 7 | 3 | 9 | 1 | 2 | 8 |
| | F | 1,737 | | 3,585 | | 30,675 | | 1,024 | | 3,570 | | 23,984 | |
| | Sig. | 0,420 | | 0,167 | | 0,000 | | 0,599 | | 0,168 | | 0,000 | |

Teste Fisher

Consumo de tabaco pelo adolescente

Relativamente ao facto do adolescente consumir ou não tabaco aquando da primeira observação em função das variáveis consideradas, podemos concluir, da análise do Quadro 58 que, apenas a variável avaliação do risco em adolescentes, não apresenta relação estatisticamente significativa com a variável considerada.

No que se refere à relação entre a variável número de cigarros que consomem e o consumo de cigarros verifica-se que, existe nesta primeira observação, em ambos os grupos, uma correlação estatística altamente significativa ($p=0,000$). No entanto, o mesmo não se reflecte na avaliação transversal ao longo das observações seguintes.

Na variável número de amigos que fuma verifica-se existir correlação altamente significativa com a variável consumo de tabaco pelo adolescente, em ambos os grupos, na observação inicial ($p=0,000$) e ainda correlação significativa, no grupo de controlo, no que se refere à relação entre o número de amigos que fumam, na segunda observação e o consumo de cigarros, na primeira observação ($p=0,026$). Em todas as situações considera-se que, quanto maior é o número de amigos que fumam maior é a prevalência de adolescentes fumadores.

Na dimensão imagem de adultez, da Escala de Motivação do Fumador, verifica-se a existência de uma correlação altamente significativa com o consumo de tabaco pelo adolescente, nos elementos do grupo experimental, na primeira observação ($p=0,000$), sendo que, os elementos que não consomem tabaco percebem que, uma das motivações dos fumadores para o consumo de tabaco é a imagem de adultez que o tabaco transmite. Em sentido contrário, verifica-se a correlação entre as variáveis consumo de tabaco, na primeira observação, e a percepção das motivações dos fumadores, na terceira observação, verificada nos elementos do grupo de controlo ($p=0,046$), sendo que, os elementos que consomem tabaco na primeira observação percebem a imagem de adultez que o tabaco transmite como motivação dos fumadores.

Na terceira observação, nas dimensões resolução de problemas e bem-estar ($p=0,026$), curiosidade ($p=0,043$) e imitação de amigos e familiares ($p=0,021$) da percepção das motivações dos fumadores, verifica-se a existência de correlações significativas, nos elementos do grupo experimental, com o consumo de tabaco, na primeira observação. Assim, conclui-se que, os elementos que consomem tabaco, na primeira observação, percebem com mais intensidade as motivações dos fumadores para o consumo relacionadas com o facto de o tabaco ajudar a resolver problemas e dar bem-estar, com a curiosidade que o tabaco desperta e com a imitação de amigos e familiares.

No que se refere à variável grupo de amigos, da percepção do adolescente face ao tabaco, nos elementos do grupo de controlo, verifica-se que, os que consomem tabaco na primeira observação, percebem, na terceira observação, o tabaco como factor importante para a criação e desenvolvimento de amizade com diferenças estatísticas significativas ($p=0,023$).

Quadro 58 – Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do número de cigarros consumidos, número de amigos fumadores, Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes, Escala da Motivação do Fumador e Escala de Percepção do Tabaco em função consumo de tabaco pelo adolescente na primeira observação

| Consumo de Tabaco O1 | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------------|---------|--------------|------------------------------|------------------------------|---------|--------------|
| Variáveis | Dimensões | Obs. | GRUPO EXPERIMENTAL | | | | GRUPO CONTROLO | | | |
| | | | \bar{X} rankings Não | \bar{X} rankings Sim | Z | Sig. | \bar{X} rankings Não | \bar{X} rankings Sim | Z | Sig. |
| Nº de cigarros que consomem (semanal) | - | O1 | 69,50 | 143,50 | -12,115 | 0,000 | 62,50 | 127,50 | -11,354 | 0,000 |
| | | O2 | 74,68 | 72,00 | -0,610 | 0,542 | 65,69 | 61,50 | -0,639 | 0,523 |
| | | O3 | 74,70 | 71,75 | -0,346 | 0,729 | 65,65 | 62,50 | -0,549 | 0,583 |
| Nº de amigos que fumam | - | O1 | 70,29 | 132,60 | -6,027 | 0,000 | 63,11 | 114,92 | -4,786 | 0,000 |
| | | O2 | 75,10 | 66,25 | -0,770 | 0,442 | 64,34 | 89,50 | -2,224 | 0,026 |
| | | O3 | 74,77 | 70,75 | -0,313 | 0,755 | 64,81 | 79,83 | -1,111 | 0,267 |
| Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes | Auto-estima | O1 | 75,11 | 66,10 | -0,644 | 0,520 | 65,64 | 62,67 | -0,189 | 0,850 |
| | | O2 | 72,84 | 97,40 | -1,758 | 0,079 | 65,24 | 70,83 | -0,357 | 0,721 |
| | | O3 | 74,07 | 80,50 | -0,461 | 0,645 | 65,44 | 66,75 | -0,084 | 0,933 |
| | Comportamentos | O1 | 74,28 | 77,50 | -0,229 | 0,819 | 66,33 | 48,42 | -1,139 | 0,255 |
| | | O2 | 73,76 | 84,75 | -0,785 | 0,433 | 64,29 | 90,58 | -1,673 | 0,094 |
| | | O3 | 73,92 | 82,55 | -0,616 | 0,538 | 64,25 | 91,42 | -1,729 | 0,084 |
| Escala de Motivação do Fumador | Acessibilidade ao tabaco e sucesso escolar e profissional | O1 | 75,00 | 67,65 | -0,525 | 0,599 | 64,92 | 77,50 | -0,804 | 0,421 |
| | | O2 | 73,91 | 82,65 | -0,625 | 0,532 | 65,81 | 59,00 | -4,434 | 0,664 |
| | | O3 | 74,25 | 77,90 | -0,261 | 0,794 | 66,16 | 51,92 | -0,908 | 0,364 |
| | Imagem de adultez | O1 | 78,04 | 25,65 | -3,794 | 0,000 | 66,85 | 37,58 | -1,871 | 0,061 |
| | | O2 | 74,12 | 79,80 | -0,408 | 0,683 | 64,81 | 79,83 | -0,963 | 0,336 |
| | | O3 | 73,81 | 84,05 | -0,737 | 0,461 | 64,06 | 95,17 | -1,994 | 0,046 |
| | Resolução de problemas e bem-estar | O1 | 75,05 | 66,95 | -0,579 | 0,562 | 64,50 | 86,17 | -1,382 | 0,167 |
| | | O2 | 74,35 | 76,55 | -0,158 | 0,875 | 66,10 | 53,00 | -0,837 | 0,403 |
| | | O3 | 72,41 | 103,40 | -2,224 | 0,026 | 66,46 | 45,75 | -1,323 | 0,186 |
| | Curiosidade | O1 | 74,03 | 81,00 | -0,503 | 0,615 | 64,10 | 94,50 | -1,948 | 0,051 |
| | | O2 | 74,80 | 70,40 | -0,317 | 0,751 | 65,32 | 69,25 | -0,253 | 0,800 |
| | | O3 | 72,62 | 100,50 | -2,022 | 0,043 | 65,04 | 75,00 | -0,641 | 0,521 |
| | Imagem positiva | O1 | 76,01 | 53,65 | -1,610 | 0,107 | 65,13 | 73,17 | -0,514 | 0,607 |
| | | O2 | 73,75 | 84,90 | -0,802 | 0,423 | 64,95 | 76,92 | -0,765 | 0,444 |
| | | O3 | 73,51 | 88,10 | -1,048 | 0,295 | 65,27 | 70,17 | -0,314 | 0,753 |
| | Imitação de amigos e familiares | O1 | 75,01 | 67,50 | -0,541 | 0,588 | 64,96 | 76,75 | -0,757 | 0,449 |
| | | O2 | 74,01 | 81,30 | -0,525 | 0,600 | 65,32 | 69,17 | -0,247 | 0,805 |
| | | O3 | 72,35 | 104,15 | -2,304 | 0,021 | 66,34 | 48,08 | -1,177 | 0,239 |
| Escala de Percepção do Tabaco | Resolução de problemas | O3 | 75,57 | 59,80 | -1,127 | 0,260 | 65,70 | 61,33 | -0,279 | 0,780 |
| | Sucesso pessoal e profissional | O3 | 74,20 | 78,65 | -0,318 | 0,751 | 65,21 | 71,50 | -0,401 | 0,689 |
| | Efeitos a curto prazo | O3 | 74,11 | 79,90 | -0,413 | 0,679 | 65,12 | 73,33 | -0,523 | 0,601 |
| | Grupo amigos | O3 | 74,68 | 72,00 | -0,192 | 0,847 | 63,85 | 99,58 | -2,281 | 0,023 |

Teste U de Mann-Whitney

Relativamente ao facto do adolescente, consumir ou não tabaco, aquando da segunda observação, em função das variáveis consideradas, podemos concluir da análise do Quadro 59 que, apenas a variável percepção do tabaco não apresenta relação estatisticamente significativa.

Existe correlação altamente significativa entre as variáveis número de cigarros consumidos semanalmente pelo adolescente e o número de amigos que fumam, com a variável consumo de tabaco, na segunda observação, em ambos os grupos considerados ($p=0,000$). Neste sentido, conclui-se que, os elementos que consomem tabaco, na segunda observação, são os que consomem um maior número de cigarros por semana e são simultaneamente os que têm um maior número de amigos fumadores.

Em relação à dimensão comportamentos, da variável avaliação do risco em adolescentes, verifica-se que, existe correlação significativa ($p=0,039$), logo após o término do programa de intervenção, nos elementos do grupo experimental, sendo que os elementos que não consomem tabaco, nesta segunda observação, são os que percebem mais intensamente o risco de comportamentos associados aos consumos, nomeadamente o tabaco.

Ainda, nos elementos do grupo experimental, verifica-se a existência de diferenças muito significativas entre a dimensão imagem de adultez, da variável percepção das motivações dos

fumadores e o consumo de tabaco pelo adolescente, na segunda observação ($p=0,006$). Desta forma, os elementos que, na segunda observação, não consomem tabaco referem que, a imagem de adultez transmitida pelo tabaco, constitui um factor motivador para os fumadores consumirem tabaco.

Quadro 59 – Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do número de cigarros consumidos, número de amigos fumadores, Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes, Escala da Motivação do Fumador e Escala de Percepção do Tabaco em função consumo de tabaco pelo adolescente na segunda observação

| Consumo de Tabaco O2 | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------------|---------|--------------|------------------------------|------------------------------|---------|--------------|
| Variáveis | Dimensões | Obs. | GRUPO EXPERIMENTAL | | | | GRUPO CONTROLO | | | |
| | | | \bar{X} rankings Não | \bar{X} rankings Sim | Z | Sig. | \bar{X} rankings Não | \bar{X} rankings Sim | Z | Sig. |
| Nº de cigarros que consomem (semanal) | - | O1 | 74,67 | 69,50 | -0,610 | 0,542 | 65,17 | 62,00 | -0,598 | 0,550 |
| | | O2 | 72,00 | 146,00 | -12,122 | 0,000 | 61,50 | 126,00 | -11,308 | 0,000 |
| | | O3 | 74,29 | 80,40 | -0,516 | 0,606 | 65,17 | 62,00 | -0,598 | 0,550 |
| Nº de amigos que fumam | - | O1 | 75,09 | 57,50 | -1,225 | 0,221 | 65,72 | 52,50 | -1,319 | 0,187 |
| | | O2 | 72,33 | 136,70 | -4,031 | 0,000 | 62,78 | 103,64 | -3,903 | 0,000 |
| | | O3 | 75,05 | 58,80 | -0,909 | 0,363 | 64,28 | 77,15 | -1,057 | 0,291 |
| Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes | Auto-estima | O1 | 74,80 | 66,00 | -0,453 | 0,651 | 65,16 | 62,14 | -0,209 | 0,835 |
| | | O2 | 75,30 | 51,50 | -1,227 | 0,220 | 65,07 | 63,86 | -0,084 | 0,933 |
| | | O3 | 73,41 | 105,70 | -1,664 | 0,096 | 64,07 | 81,21 | -1,187 | 0,235 |
| | Comportamentos | O1 | 74,43 | 76,40 | -0,101 | 0,920 | 65,47 | 56,79 | -0,599 | 0,549 |
| | | O2 | 75,86 | 35,70 | -2,063 | 0,039 | 65,34 | 59,00 | -0,437 | 0,662 |
| | | O3 | 73,62 | 99,70 | -1,340 | 0,180 | 64,80 | 68,43 | -0,250 | 0,803 |
| Escala de Motivação do Fumador | Acessibilidade ao tabaco e sucesso escolar e profissional | O1 | 73,48 | 103,70 | -1,555 | 0,120 | 64,30 | 77,29 | -0,900 | 0,368 |
| | | O2 | 74,89 | 63,40 | -0,592 | 0,554 | 64,45 | 74,64 | -0,704 | 0,481 |
| | | O3 | 74,57 | 72,50 | -0,106 | 0,915 | 65,74 | 52,14 | -0,939 | 0,347 |
| | Imagem de adultez | O1 | 73,95 | 90,30 | -0,852 | 0,394 | 64,14 | 80,00 | -1,099 | 0,272 |
| | | O2 | 76,29 | 23,20 | -2,742 | 0,006 | 65,78 | 51,43 | -0,996 | 0,319 |
| | | O3 | 74,64 | 70,60 | -0,209 | 0,834 | 65,24 | 60,86 | -0,304 | 0,761 |
| | Resolução de problemas e bem-estar | O1 | 73,66 | 98,50 | -1,279 | 0,201 | 64,74 | 69,50 | -0,329 | 0,742 |
| | | O2 | 74,34 | 79,20 | -0,251 | 0,802 | 65,40 | 58,07 | -0,507 | 0,612 |
| | | O3 | 75,02 | 59,70 | -0,791 | 0,429 | 64,62 | 71,64 | -0,486 | 0,627 |
| | Curiosidade | O1 | 74,59 | 72,00 | -0,134 | 0,893 | 64,18 | 79,36 | -1,054 | 0,292 |
| | | O2 | 73,81 | 94,10 | -1,054 | 0,292 | 65,09 | 63,50 | -0,111 | 0,912 |
| | | O3 | 75,07 | 58,10 | -0,886 | 0,376 | 64,18 | 79,21 | -1,049 | 0,294 |
| | Imagem positiva | O1 | 73,87 | 92,60 | -0,971 | 0,332 | 65,20 | 61,43 | -0,262 | 0,793 |
| | | O2 | 75,45 | 47,40 | -1,451 | 0,147 | 64,78 | 68,86 | -0,283 | 0,778 |
| | | O3 | 75,48 | 46,40 | -1,503 | 0,133 | 64,53 | 73,21 | -0,604 | 0,546 |
| | Imitação de amigos e familiares | O1 | 75,21 | 54,30 | -1,085 | 0,278 | 65,13 | 62,71 | -0,168 | 0,866 |
| | | O2 | 75,00 | 60,10 | -0,772 | 0,440 | 65,19 | 61,64 | -0,247 | 0,805 |
| | | O3 | 74,38 | 77,90 | -0,183 | 0,854 | 66,26 | 43,00 | -1,625 | 0,104 |
| Escala de Percepção do Tabaco | Resolução de problemas | O3 | 73,47 | 104,10 | -1,576 | 0,115 | 65,88 | 49,71 | -1,120 | 0,263 |
| | Sucesso pessoal e profissional | O3 | 74,20 | 83,20 | -0,462 | 0,644 | 64,16 | 79,64 | -1,069 | 0,285 |
| | Efeitos a curto prazo | O3 | 74,25 | 81,60 | -0,378 | 0,706 | 64,68 | 70,64 | -0,412 | 0,681 |
| | Grupo amigos | O3 | 74,31 | 79,90 | -0,289 | 0,773 | 63,96 | 83,07 | -1,322 | 0,186 |

Teste U de Mann-Whitney

Relativamente ao facto do adolescente, consumir ou não tabaco, aquando da terceira observação, em função das variáveis consideradas, podemos concluir, da análise do Quadro 60 que, todas as variáveis consideradas apresentam relação estatisticamente significativa com a variável consumo de tabaco.

No que se refere à relação entre as variáveis número de cigarros que consomem e número de amigos que fumam, com a variável consumo de tabaco pelo adolescente, podemos concluir que, em ambos os grupos, se verificou existir diferenças estatísticas altamente significativas ($p=0,000$), sendo que os elementos que consomem tabaco, consomem um maior número de cigarros (o que é óbvio) e têm mais amigos fumadores.

Relativamente à dimensão comportamentos, da avaliação do risco em adolescentes, verifica-se nesta terceira observação, correlações estatisticamente significativas com a variável

consumo de tabaco (terceira observação) no grupo experimental ($p=0,022$) e de controlo ($p=0,024$), do que se conclui que, os elementos que não consomem tabaco percebem com mais intensidade o risco comportamental associado ao consumo de substâncias, nomeadamente o tabaco.

Na dimensão imagem de adulez, da percepção das motivações dos fumadores, na terceira observação, verifica-se a existência de relações altamente significativas, para o grupo experimental ($p=0,000$), e muito significativas, para o grupo de controlo ($p=0,003$), sendo que os que não consomem substâncias são os que percebem mais intensamente a imagem de adulez como uma das motivações dos fumadores.

Na dimensão imagem positiva, da variável percepção das motivações dos fumadores, no grupo experimental, existe correlação estatisticamente significativa ($p=0,050$) entre o consumo de tabaco, na terceira observação, e a percepção dos adolescentes, na primeira observação, da imagem positiva transmitida pelo tabaco enquanto motivação para os fumadores fumarem. Conclui-se assim que, os que na última observação fumam, atribuem mais intensidade à imagem positiva como um factor motivador para os fumadores.

Relativamente à dimensão imitação de amigos e familiares, na terceira observação e no grupo experimental, verifica-se a existência de correlação estatisticamente significativa ($p=0,017$) sendo que, os elementos do grupo experimental que não consomem tabaco, são os que consideram que os fumadores fumam para imitar amigos e familiares.

No que se refere às dimensões resolução de problemas ($p=0,001$), sucesso pessoal e profissional ($p=0,031$) e efeitos a curto prazo ($p=0,000$) da variável percepção do tabaco, no grupo experimental, na terceira observação, verifica-se a existência de correlação significativa com o consumo de tabaco. Os adolescentes que consomem tabaco, percebem o tabaco de forma mais intensa como algo que ajuda a resolver problemas, com diferenças estatísticas muito significativas. Os adolescentes que consomem tabaco, identificam o tabaco mais intensamente como algo que, traz sucesso pessoal e profissional, com diferenças estatísticas significativas. Finalmente, os adolescentes que consomem tabaco, percebem mais intensamente os efeitos a curto prazo do tabaco, com diferenças estatísticas altamente significativas.

Quadro 60 – Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do número de cigarros consumidos, número de amigos fumadores, Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes, Escala da Motivação do Fumador e Escala de Percepção do Tabaco em função consumo de tabaco pelo adolescente na terceira observação

| Consumo de Tabaco O3 | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------------|---------|--------------|------------------------------|------------------------------|---------|--------------|
| Variáveis | Dimensões | Obs. | GRUPO EXPERIMENTAL | | | | GRUPO CONTROLO | | | |
| | | | \bar{X} rankings Não | \bar{X} rankings Sim | Z | Sig. | \bar{X} rankings Não | \bar{X} rankings Sim | Z | Sig. |
| Nº de cigarros que consomem (semanal) | - | O1 | 74,21 | 72,68 | -0,343 | 0,732 | 65,65 | 62,50 | -0,549 | 0,583 |
| | | O2 | 73,82 | 75,15 | -0,414 | 0,679 | 65,69 | 61,50 | -0,639 | 0,523 |
| | | O3 | 64,00 | 137,50 | -12,043 | 0,000 | 62,50 | 127,50 | -11,354 | 0,000 |
| Nº de amigos que fumam | - | O1 | 74,89 | 68,38 | -0,861 | 0,389 | 65,58 | 63,75 | -0,169 | 0,865 |
| | | O2 | 73,73 | 75,70 | -0,234 | 0,815 | 64,53 | 85,58 | -1,861 | 0,063 |
| | | O3 | 66,49 | 121,70 | -5,893 | 0,000 | 62,83 | 120,58 | -4,269 | 0,000 |
| Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes | Auto-estima | O1 | 73,89 | 74,68 | -0,077 | 0,939 | 65,34 | 68,75 | -0,217 | 0,828 |
| | | O2 | 74,39 | 71,50 | -2,840 | 0,776 | 65,66 | 62,17 | -0,223 | 0,824 |
| | | O3 | 74,95 | 67,95 | -0,687 | 0,492 | 66,20 | 51,08 | -0,965 | 0,334 |
| | Comportamentos | O1 | 74,93 | 68,08 | -0,670 | 0,503 | 65,17 | 72,25 | -0,450 | 0,653 |
| | | O2 | 74,22 | 72,58 | -0,161 | 0,872 | 65,65 | 62,33 | -0,211 | 0,833 |
| | | O3 | 77,17 | 53,85 | -2,282 | 0,022 | 67,14 | 31,67 | -2,257 | 0,024 |
| Escala de Motivação do Fumador | Acessibilidade ao tabaco e sucesso escolar e profissional | O1 | 72,56 | 83,18 | -1,040 | 0,298 | 66,40 | 46,83 | -1,251 | 0,211 |
| | | O2 | 74,56 | 70,45 | -0,403 | 0,687 | 65,76 | 60,08 | -0,362 | 0,717 |
| | | O3 | 75,74 | 62,95 | -1,253 | 0,210 | 65,29 | 69,92 | -0,295 | 0,768 |
| | Imagem de adultez | O1 | 75,00 | 67,65 | -0,730 | 0,466 | 66,71 | 40,58 | -1,670 | 0,095 |
| | | O2 | 73,86 | 74,88 | -0,100 | 0,921 | 65,15 | 72,75 | -0,487 | 0,626 |
| | | O3 | 79,09 | 41,70 | -3,689 | 0,000 | 67,67 | 20,75 | -3,008 | 0,003 |
| | Resolução de problemas e bem-estar | O1 | 74,11 | 73,28 | -0,082 | 0,934 | 64,81 | 79,75 | -0,953 | 0,341 |
| | | O2 | 75,46 | 64,70 | -1,058 | 0,290 | 65,28 | 70,08 | -0,307 | 0,759 |
| | | O3 | 73,28 | 78,55 | -0,518 | 0,605 | 65,90 | 57,17 | -0,558 | 0,577 |
| | Curiosidade | O1 | 75,89 | 62,00 | -1,372 | 0,170 | 66,03 | 54,58 | -0,733 | 0,463 |
| | | O2 | 74,53 | 70,63 | -0,382 | 0,699 | 66,49 | 45,08 | -1,377 | 0,168 |
| | | O3 | 71,94 | 87,08 | -1,504 | 0,133 | 66,50 | 44,92 | -1,390 | 0,165 |
| | Imagem positiva | O1 | 71,30 | 91,18 | -1,961 | 0,050 | 66,24 | 50,17 | -1,029 | 0,304 |
| | | O2 | 74,68 | 69,70 | -0,490 | 0,624 | 65,79 | 59,58 | -0,396 | 0,692 |
| | | O3 | 73,69 | 76,00 | -0,228 | 0,820 | 65,95 | 56,25 | -0,623 | 0,534 |
| | Imitação de amigos e familiares | O1 | 73,35 | 78,13 | -0,472 | 0,637 | 65,92 | 56,83 | -0,584 | 0,560 |
| | | O2 | 71,64 | 89,00 | -1,713 | 0,087 | 65,02 | 75,33 | -0,663 | 0,507 |
| | | O3 | 77,28 | 53,15 | -2,397 | 0,017 | 66,29 | 49,17 | -1,103 | 0,270 |
| Escala de Percepção do Tabaco | Resolução de problemas | O3 | 69,19 | 104,55 | -3,464 | 0,001 | 64,78 | 80,42 | -1,000 | 0,317 |
| | Sucesso pessoal e profissional | O3 | 71,00 | 93,05 | -2,156 | 0,031 | 65,32 | 69,17 | -0,245 | 0,807 |
| | Efeitos a curto prazo | O3 | 68,32 | 110,05 | -4,083 | 0,000 | 65,16 | 72,58 | -0,473 | 0,636 |
| | Grupo amigos | O3 | 73,83 | 75,05 | -0,119 | 0,905 | 66,54 | 44,00 | -1,439 | 0,150 |

Teste U de Mann-Whitney

Finalmente, no que se refere à relação entre os elementos que fumam e a sua perspectiva futura relativa ao consumo de tabaco, podemos concluir, da análise do Quadro 61 que, nos elementos do grupo de controlo, se verificam relações muito significativas, na primeira observação ($p=0,003$) e altamente significativas, na segunda e terceira observação ($p=0,000$). Assim, grande percentagem dos que fumam, referem vir a ser fumadores ou a não saberem se serão fumadores. Dos que não fumam, a maior parte refere que não vão ser fumadores embora muitos também refiram não saber.

No que se refere aos elementos do grupo experimental, verificam-se relações altamente significativas na primeira, segunda e terceira observação, entre as variáveis consumo de tabaco e perspectiva futura em relação ao tabaco ($p=0,000$). Também nesta relação de variáveis, se demonstra o efeito a curto prazo do programa de intervenção em que, na segunda observação, muito poucos são os que referem vir a ser fumadores ou mesmo terem dúvidas quanto ao futuro. De facto, grande parte, quer dos que fumam, quer dos que não fumam, não querem vir a ser fumadores. Já na primeira e terceira observação, verificamos que, tal como acontece no grupo de controlo, a maior parte dos que fumam nas respectivas observações referem querer vir a ser fumadores no futuro ou apresentam dúvidas quanto a essa questão.

Neste grupo experimental, verifica-se ainda, relação estatisticamente significativa entre a perspectiva futura relativamente ao consumo de tabaco, registada na segunda observação, e o consumo de tabaco, na terceira observação ($p=0,004$). Assim, grande parte dos adolescentes que fumam na terceira observação, referiram, na segunda observação que, no futuro não serão fumadores.

Quadro 61 – Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença e o consumo de tabaco segundo a variável perspectiva futura acerca do consumo de tabaco

| | | Experimental | | | | | | Controlo | | | | | |
|-------------------|---------|--------------|-----|---------|-----|---------|-----|----------|-----|---------|-----|---------|-----|
| | | Fuma O1 | | Fuma O2 | | Fuma O3 | | Fuma O1 | | Fuma O2 | | Fuma O3 | |
| | | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim |
| Futuro fumador O1 | Não | 97 | 2 | 96 | 3 | 84 | 11 | 114 | 1 | 107 | 8 | 92 | 6 |
| | Não sei | 42 | 4 | 45 | 1 | 35 | 8 | 28 | 4 | 31 | 1 | 28 | 0 |
| | Sim | 7 | 5 | 11 | 1 | 11 | 1 | 5 | 1 | 6 | 0 | 6 | 0 |
| | F | 26,101 | | 1,192 | | 1,547 | | 11,680 | | 1,054 | | 2,181 | |
| | Sig. | 0,000 | | 0,551 | | 0,461 | | 0,003 | | 0,590 | | 0,336 | |
| Futuro fumador O2 | Não | 133 | 11 | 142 | 2 | 123 | 15 | 120 | 5 | 123 | 2 | 104 | 6 |
| | Não sei | 10 | 0 | 8 | 2 | 6 | 3 | 20 | 1 | 20 | 1 | 15 | 0 |
| | Sim | 3 | 0 | 2 | 1 | 1 | 2 | 7 | 0 | 1 | 6 | 7 | 0 |
| | F | 1,068 | | 19,521 | | 11,225 | | 0,327 | | 84,768 | | 1,257 | |
| | Sig. | 0,586 | | 0,000 | | 0,004 | | 0,849 | | 0,000 | | 0,533 | |
| Futuro fumador O3 | Não | 105 | 8 | 109 | 4 | 111 | 2 | 100 | 4 | 97 | 7 | 104 | 0 |
| | Não sei | 26 | 1 | 27 | 0 | 15 | 12 | 17 | 1 | 18 | 0 | 13 | 5 |
| | Sim | 9 | 1 | 9 | 1 | 4 | 6 | 9 | 1 | 10 | 0 | 9 | 1 |
| | F | 0,590 | | 2,325 | | 54,537 | | 0,845 | | 1,990 | | 28,030 | |
| | Sig. | 0,744 | | 0,313 | | 0,000 | | 0,655 | | 0,370 | | 0,000 | |

Teste Fisher

Consumo de tabaco pelos pais

Relativamente ao consumo de tabaco pelos pais, da análise do Quadro 62, podemos constatar que, dois terços dos adolescentes têm pelo menos um dos pais fumador. No grupo experimental ao longo das observações não se verifica grandes flutuações no consumo de tabaco pelos pais dos adolescentes. No grupo de controlo, na primeira e segunda observação, também não se verifica grandes flutuações no consumo de tabaco pelos pais dos adolescentes. No entanto, na terceira observação, no grupo de controlo, verifica-se uma redução do número de não fumadores e um aumento do número de fumadores.

Quadro 62 – Distribuição dos pais dos adolescentes do grupo de controlo e experimental segundo o facto de fumarem nas três observações

| | | Experimental | | | Controlo | | |
|------------|-----|--------------|--------|--------|----------|--------|--------|
| | | O1 (n) | O2 (n) | O3 (n) | O1 (n) | O2 (n) | O3 (n) |
| Pais fumam | Não | 94 | 98 | 91 | 102 | 104 | 87 |
| | Sim | 43 | 59 | 59 | 51 | 49 | 59 |

Relativamente ao consumo de tabaco pelos pais, aquando da primeira observação, em função das variáveis consideradas, podemos concluir, da análise do Quadro 63 que, apenas na variável percepção do risco em adolescentes não se verificou relação estatisticamente significativa com a variável consumo de tabaco pelos pais.

Relativamente à relação entre as variáveis, número de cigarros que consomem e o consumo de tabaco pelos pais, na primeira observação, verificou-se existir diferenças estatisticamente significativas no grupo experimental ($p=0,040$), sendo que os adolescentes filhos de pais fumadores são os que consomem um maior número de cigarros.

Existe relação estatisticamente significativa entre o número de amigos que fumam na primeira ($p=0,017$) e terceira observação ($p=0,049$), com a variável consumo de tabaco pelos pais, no grupo experimental. Na primeira observação verifica-se que, os elementos cujos pais fumam, têm um maior número de amigos fumadores. Situação que se inverte na terceira observação, isto é os adolescentes cujos pais não fumam, têm mais amigos fumadores.

No que se refere à dimensão imagem positiva, da variável percepção das motivações dos fumadores (terceira observação), verifica-se a existência de relação estatisticamente muito significativa, para os elementos do grupo de controlo, relativamente à variável consumo de tabaco pelos pais ($p=0,001$). Assim, verifica-se que os adolescentes cujos pais fumam na primeira observação percebem a imagem positiva como uma das motivações dos fumadores, na terceira observação.

No grupo experimental, verifica-se ainda a existência de relação estatisticamente significativa entre o consumo de tabaco pelos pais, na primeira observação e a percepção do tabaco enquanto factor de sucesso pessoal e profissional ($p=0,049$). Neste sentido, conclui-se que, os adolescentes do grupo experimental, cujos pais são fumadores, antes da introdução do programa de intervenção, percebem na terceira avaliação, o tabaco como sendo um dos factores de sucesso pessoal e profissional.

Quadro 63 – Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do número de cigarros consumidos, número de amigos fumadores, da Escala de Avaliação de Risco em Adolescentes, Escala de Motivação do Fumador e Escala de Percepção do Tabaco em função consumo de tabaco pelos pais na primeira observação

| Consumo de Tabaco pelos Pais O1 | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------------|--------|--------------|------------------------------|------------------------------|--------|--------------|
| Variáveis | Dimensões | Obs. | GRUPO EXPERIMENTAL | | | | GRUPO CONTROLO | | | |
| | | | \bar{X} rankings Não | \bar{X} rankings Sim | Z | Sig. | \bar{X} rankings Não | \bar{X} rankings Sim | Z | Sig. |
| Nº de cigarros que consomem (semanal) | - | O1 | 71,94 | 78,36 | -2,052 | 0,040 | 64,76 | 66,94 | -0,859 | 0,390 |
| | | O2 | 73,67 | 75,75 | -0,924 | 0,354 | 64,55 | 67,37 | -0,963 | 0,336 |
| | | O3 | 77,11 | 70,56 | -1,501 | 0,133 | 66,26 | 64,01 | -0,886 | 0,375 |
| Nº de amigos que fumam | - | O1 | 69,47 | 82,08 | -2,380 | 0,017 | 65,68 | 65,15 | -0,111 | 0,912 |
| | | O2 | 75,19 | 73,46 | -0,294 | 0,769 | 67,59 | 61,41 | -1,233 | 0,218 |
| | | O3 | 79,80 | 66,50 | -2,017 | 0,044 | 67,08 | 62,42 | -0,776 | 0,438 |
| Escala de Avaliação de Risco em Adolescentes | Auto-estima | O1 | 74,02 | 75,22 | -0,167 | 0,867 | 64,36 | 67,73 | -0,484 | 0,628 |
| | | O2 | 74,20 | 74,95 | -0,104 | 0,917 | 64,28 | 67,88 | -0,517 | 0,606 |
| | | O3 | 72,85 | 76,99 | -0,579 | 0,563 | 63,98 | 68,47 | -0,646 | 0,518 |
| | Comportamentos | O1 | 74,82 | 74,02 | -0,112 | 0,911 | 62,91 | 70,57 | -1,099 | 0,272 |
| | | O2 | 73,56 | 75,92 | -0,330 | 0,742 | 65,02 | 66,43 | -0,202 | 0,840 |
| | | O3 | 73,95 | 75,33 | -0,192 | 0,847 | 62,09 | 72,16 | -1,444 | 0,149 |
| Escala de Motivação do Fumador | Acessibilidade ao tabaco e sucesso escolar e profissional | O1 | 72,99 | 76,77 | -0,527 | 0,598 | 65,16 | 66,17 | -0,146 | 0,884 |
| | | O2 | 72,76 | 77,12 | -0,608 | 0,543 | 69,16 | 58,35 | -1,553 | 0,121 |
| | | O3 | 69,84 | 81,53 | -1,631 | 0,103 | 61,48 | 73,35 | -1,707 | 0,088 |
| | Imagem de adultez | O1 | 74,80 | 74,04 | -0,107 | 0,914 | 67,80 | 61,01 | -0,978 | 0,328 |
| | | O2 | 72,19 | 77,99 | -0,813 | 0,416 | 64,86 | 66,75 | -0,273 | 0,785 |
| | | O3 | 70,37 | 80,74 | -1,456 | 0,146 | 62,20 | 71,94 | -1,409 | 0,159 |
| | Resolução de problemas e bem-estar | O1 | 78,05 | 69,14 | -1,243 | 0,214 | 61,40 | 73,51 | -1,742 | 0,082 |
| | | O2 | 71,06 | 79,69 | -1,206 | 0,228 | 66,71 | 63,14 | -0,515 | 0,607 |
| | | O3 | 72,17 | 78,02 | -0,819 | 0,413 | 63,89 | 68,65 | -0,686 | 0,493 |
| | Curiosidade | O1 | 72,97 | 76,81 | -0,539 | 0,590 | 68,44 | 59,76 | -1,253 | 0,210 |
| | | O2 | 72,65 | 77,30 | -0,655 | 0,513 | 66,26 | 64,02 | -0,324 | 0,746 |
| | | O3 | 75,93 | 72,35 | -0,506 | 0,613 | 65,25 | 65,99 | -0,107 | 0,915 |
| | Imagem positiva | O1 | 79,43 | 67,06 | -1,738 | 0,082 | 66,11 | 64,31 | -0,260 | 0,795 |
| | | O2 | 75,60 | 72,85 | -0,385 | 0,700 | 64,89 | 66,69 | -0,260 | 0,795 |
| | | O3 | 71,13 | 79,58 | -1,183 | 0,237 | 57,90 | 80,35 | -3,251 | 0,001 |
| | Imitação de amigos e familiares | O1 | 72,74 | 77,16 | -0,622 | 0,534 | 67,11 | 62,35 | -0,689 | 0,491 |
| | | O2 | 77,61 | 69,81 | -1,094 | 0,274 | 63,70 | 69,02 | -0,772 | 0,440 |
| | | O3 | 74,13 | 75,05 | -0,129 | 0,897 | 63,97 | 68,50 | -0,659 | 0,510 |
| Escala de Percepção do Tabaco | Resolução de problemas | O3 | 72,49 | 77,53 | -0,702 | 0,483 | 66,62 | 63,31 | -0,478 | 0,633 |
| | Sucesso pessoal e profissional | O3 | 68,85 | 83,03 | -1,973 | 0,049 | 65,50 | 65,50 | -0,000 | 1,000 |
| | Efeitos a curto prazo | O3 | 75,21 | 73,42 | -0,932 | 0,351 | 7,62 | 61,35 | -0,900 | 0,368 |
| | Grupo amigos | O3 | 67,73 | 84,71 | -1,250 | 0,211 | 66,38 | 63,77 | -0,376 | 0,707 |

Teste U de Mann-Whitney

Relativamente ao consumo de tabaco pelos pais aquando da segunda observação em função das variáveis consideradas, podemos concluir, da análise do Quadro 64 que, apenas na variável número de cigarros que consomem e número de amigos que fumam se verificou relação estatisticamente significativa com a variável consumo de tabaco pelos pais.

Existe relação estatisticamente significativa entre o consumo de tabaco pelos pais dos adolescentes, do grupo experimental, na segunda observação, e o número de cigarros que os adolescentes consomem, na primeira observação ($p=0,011$). Assim os elementos que mais cigarros consomem, na primeira observação, são os cujos pais não fumam da segunda observação. Situação que se inverte relativamente à variável número de cigarros que consomem, na segunda observação, com o consumo de tabaco pelos pais na segunda observação, com existência de uma relação muito significativa ($p=0,004$). Neste sentido, os adolescentes do grupo experimental cujos pais consomem tabaco, são os que mais cigarros consomem semanalmente.

No grupo de controlo, existe correlação estatisticamente significativa entre o número de amigos que fumam, na primeira observação e o consumo de tabaco pelos pais, na segunda observação ($p=0,032$), sendo que os adolescentes cujos pais são fumadores, na segunda observação têm mais amigos fumadores na primeira observação.

Quadro 64 – Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do número de cigarros consumidos, número de amigos fumadores, da Escala de Avaliação de Risco em Adolescentes, Escala de Motivação do Fumador e Escala de Percepção do Tabaco em função consumo de tabaco pelos pais na segunda observação

| Consumo de Tabaco pelos Pais O2 | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------------|--------|--------------|------------------------------|------------------------------|--------|--------------|
| Variáveis | Dimensões | Obs. | GRUPO EXPERIMENTAL | | | | GRUPO CONTROLO | | | |
| | | | \bar{X} rankings Não | \bar{X} rankings Sim | Z | Sig. | \bar{X} rankings Não | \bar{X} rankings Sim | Z | Sig. |
| Nº de cigarros que consomem (semanal) | - | O1 | 77,54 | 69,50 | -2,544 | 0,011 | 65,50 | 65,50 | 0,000 | 1,000 |
| | | O2 | 72,00 | 78,61 | -2,905 | 0,004 | 63,75 | 69,03 | -1,806 | 0,071 |
| | | O3 | 72,89 | 77,15 | -0,968 | 0,333 | 66,22 | 64,05 | -0,851 | 0,395 |
| Nº de amigos que fumam | - | O1 | 74,86 | 73,91 | -0,177 | 0,859 | 62,07 | 72,44 | -2,149 | 0,032 |
| | | O2 | 70,57 | 80,96 | -1,748 | 0,080 | 64,58 | 67,36 | -0,551 | 0,582 |
| | | O3 | 75,36 | 73,09 | -0,341 | 0,733 | 63,64 | 69,26 | -0,930 | 0,352 |
| Escala de Avaliação de Risco em Adolescentes | Auto-estima | O1 | 77,49 | 69,58 | -1,093 | 0,273 | 65,17 | 66,17 | -0,144 | 0,885 |
| | | O2 | 79,10 | 66,94 | -1,683 | 0,092 | 63,53 | 69,48 | -0,852 | 0,395 |
| | | O3 | 75,84 | 72,30 | -0,489 | 0,625 | 63,74 | 69,06 | -0,761 | 0,446 |
| | Comportamentos | O1 | 78,91 | 67,26 | -1,605 | 0,109 | 61,08 | 74,44 | -1,905 | 0,057 |
| | | O2 | 77,54 | 69,50 | -1,109 | 0,267 | 62,47 | 71,64 | -1,309 | 0,191 |
| | | O3 | 73,73 | 75,77 | -0,281 | 0,778 | 62,35 | 71,87 | -1,358 | 0,174 |
| Escala de Motivação do Fumador | Acessibilidade ao tabaco e sucesso escolar e profissional | O1 | 77,42 | 69,70 | -1,068 | 0,286 | 62,59 | 71,38 | -1,260 | 0,208 |
| | | O2 | 72,85 | 77,21 | -0,602 | 0,547 | 66,57 | 63,33 | -0,464 | 0,642 |
| | | O3 | 74,88 | 73,88 | -0,137 | 0,891 | 65,79 | 64,91 | -0,127 | 0,899 |
| | Imagem de adultez | O1 | 75,86 | 72,26 | -0,504 | 0,614 | 65,18 | 66,15 | -0,139 | 0,889 |
| | | O2 | 76,53 | 71,16 | -0,745 | 0,456 | 65,72 | 65,05 | -0,097 | 0,922 |
| | | O3 | 74,61 | 74,31 | -0,042 | 0,967 | 63,75 | 69,03 | -0,760 | 0,448 |
| | Resolução de problemas e bem-estar | O1 | 71,95 | 78,69 | -0,931 | 0,352 | 65,07 | 66,37 | -0,186 | 0,852 |
| | | O2 | 75,13 | 73,46 | -0,231 | 0,817 | 66,36 | 63,76 | -0,373 | 0,709 |
| | | O3 | 75,29 | 73,21 | -0,289 | 0,773 | 68,22 | 60,00 | -1,177 | 0,239 |
| | Curiosidade | O1 | 76,57 | 71,10 | -0,762 | 0,446 | 63,44 | 69,66 | -0,894 | 0,372 |
| | | O2 | 78,58 | 67,79 | -1,504 | 0,133 | 65,16 | 66,19 | -0,148 | 0,882 |
| | | O3 | 75,61 | 72,67 | -0,413 | 0,680 | 67,99 | 60,47 | -1,086 | 0,277 |
| | Imagem positiva | O1 | 76,04 | 71,96 | -0,567 | 0,570 | 67,74 | 60,98 | -0,970 | 0,332 |
| | | O2 | 73,74 | 75,74 | -0,277 | 0,782 | 66,83 | 62,80 | -0,578 | 0,563 |
| | | O3 | 72,60 | 77,62 | -0,696 | 0,487 | 64,34 | 67,84 | -0,503 | 0,615 |
| | Imitação de amigos e familiares | O1 | 75,21 | 73,33 | -0,262 | 0,793 | 66,56 | 63,35 | -0,463 | 0,643 |
| | | O2 | 74,14 | 75,09 | -0,132 | 0,895 | 66,11 | 64,26 | -0,268 | 0,789 |
| | | O3 | 77,16 | 70,13 | -0,983 | 0,326 | 66,95 | 62,56 | -0,635 | 0,525 |
| Escala de Percepção do Tabaco | Resolução de problemas | O3 | 71,13 | 80,04 | -1,230 | 0,219 | 67,53 | 61,40 | -0,879 | 0,379 |
| | Sucesso pessoal e profissional | O3 | 76,86 | 70,63 | -0,859 | 0,390 | 67,39 | 61,67 | -0,816 | 0,414 |
| | Efeitos a curto prazo | O3 | 74,57 | 74,38 | -0,026 | 0,979 | 66,333 | 63,61 | -0,360 | 0,719 |
| | Grupo amigos | O3 | 73,93 | 75,43 | -0,207 | 0,836 | 69,08 | 58,26 | -1,550 | 0,121 |

Teste U de Mann-Whitney

Relativamente ao consumo de tabaco pelos pais na terceira observação em função das variáveis consideradas, podemos concluir, da análise do Quadro 65 que, apenas nas variáveis número de amigos que fumam na dimensão auto-estima da Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes e na dimensão resolução de problemas, da variável percepção do tabaco, se verificaram relações estatisticamente significativas com a variável consumo de tabaco pelos pais.

No que se refere à relação entre o número de amigos que fuma e o consumo de tabaco pelos pais podemos concluir que, os elementos do grupo experimental que, têm maior número de amigos fumadores, são filhos de pais fumadores ($p=0,030$).

Na dimensão auto-estima da Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes, verifica-se que os elementos do grupo de controlo, cujos pais são fumadores percebem com mais intensidade o risco relacionado com a auto-estima ($p=0,013$).

Conclui-se ainda que, na dimensão resolução de problemas da percepção do tabaco, os elementos do grupo de controlo, cujos pais são fumadores percebem com mais intensidade o tabaco como forma de resolver os problemas ($p=0,046$).

Quadro 65 – Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do número de cigarros consumidos, número de amigos fumadores, da Escala de Avaliação de Risco em Adolescentes, Escala de Motivação do Fumador e Escala de Percepção do Tabaco em função consumo de tabaco pelos pais na terceira observação

| Consumo de Tabaco pelos Pais O3 | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------------|--------|--------------|------------------------------|------------------------------|--------|--------------|
| Variáveis | Dimensões | Obs. | GRUPO EXPERIMENTAL | | | | GRUPO CONTROLO | | | |
| | | | \bar{X} rankings Não | \bar{X} rankings Sim | Z | Sig. | \bar{X} rankings Não | \bar{X} rankings Sim | Z | Sig. |
| Nº de cigarros que consomem (semanal) | - | O1 | 75,54 | 71,64 | -1,244 | 0,214 | 65,57 | 65,37 | -0,081 | 0,936 |
| | | O2 | 73,97 | 74,04 | -0,032 | 0,975 | 65,32 | 65,83 | -0,176 | 0,860 |
| | | O3 | 71,17 | 78,34 | -1,673 | 0,094 | 65,56 | 65,38 | -0,074 | 0,941 |
| Nº de amigos que fumam | - | O1 | 75,11 | 72,29 | -0,531 | 0,595 | 68,47 | 59,87 | -1,797 | 0,072 |
| | | O2 | 73,91 | 74,14 | -0,039 | 0,969 | 66,68 | 63,27 | -0,685 | 0,494 |
| | | O3 | 68,38 | 82,63 | -2,169 | 0,030 | 66,61 | 63,40 | -0,538 | 0,590 |
| Escala de Avaliação de Risco em Adolescentes | Auto-estima | O1 | 74,16 | 73,76 | -0,056 | 0,956 | 64,39 | 67,59 | -0,462 | 0,644 |
| | | O2 | 78,56 | 67,00 | -1,617 | 0,106 | 59,52 | 76,79 | -2,497 | 0,013 |
| | | O3 | 75,55 | 71,62 | -0,550 | 0,582 | 65,02 | 66,41 | -0,202 | 0,804 |
| | Comportamentos | O1 | 73,24 | 75,16 | -0,268 | 0,784 | 64,84 | 66,76 | -0,277 | 0,782 |
| | | O2 | 78,39 | 67,26 | -1,553 | 0,120 | 60,98 | 74,04 | -1,885 | 0,059 |
| | | O3 | 73,13 | 75,34 | -0,308 | 0,758 | 65,91 | 64,73 | -0,169 | 0,866 |
| Escala de Percepção da Motivação do Fumador | Acessibilidade ao tabaco e sucesso escolar e profissional | O1 | 74,09 | 73,86 | -0,032 | 0,975 | 61,84 | 72,42 | -1,534 | 0,125 |
| | | O2 | 74,69 | 72,95 | -0,243 | 0,808 | 63,09 | 70,04 | -1,004 | 0,315 |
| | | O3 | 75,85 | 71,16 | -0,654 | 0,513 | 67,22 | 62,24 | -0,720 | 0,472 |
| | Imagem de adultez | O1 | 75,78 | 71,27 | -0,639 | 0,523 | 64,09 | 68,16 | -0,589 | 0,556 |
| | | O2 | 77,26 | 68,99 | -1,160 | 0,246 | 63,78 | 68,74 | -0,721 | 0,471 |
| | | O3 | 76,50 | 70,16 | -0,891 | 0,373 | 66,76 | 63,12 | -0,529 | 0,596 |
| | Resolução de problemas e bem-estar | O1 | 73,39 | 74,93 | -0,215 | 0,830 | 67,28 | 62,14 | -0,742 | 0,458 |
| | | O2 | 76,28 | 70,51 | -0,808 | 0,419 | 63,81 | 68,69 | -0,706 | 0,480 |
| | | O3 | 74,36 | 73,45 | -0,128 | 0,898 | 66,50 | 63,61 | -0,419 | 0,676 |
| | Curiosidade | O1 | 73,09 | 75,40 | -0,325 | 0,745 | 67,01 | 62,64 | -0,634 | 0,526 |
| | | O2 | 76,08 | 70,80 | -0,745 | 0,456 | 64,88 | 66,67 | -0,260 | 0,795 |
| | | O3 | 75,57 | 71,59 | -0,563 | 0,574 | 65,94 | 66,67 | -0,186 | 0,852 |
| | Imagem positiva | O1 | 73,33 | 75,03 | -0,238 | 0,812 | 63,61 | 69,07 | -0,792 | 0,429 |
| | | O2 | 72,00 | 77,07 | -0,712 | 0,476 | 66,26 | 64,06 | -0,320 | 0,749 |
| | | O3 | 76,11 | 70,77 | -0,749 | 0,454 | 65,35 | 65,78 | -0,062 | 0,951 |
| | Imitação de amigos e familiares | O1 | 74,16 | 73,75 | -0,058 | 0,954 | 65,14 | 66,18 | -0,151 | 0,880 |
| | | O2 | 73,94 | 74,09 | -0,022 | 0,982 | 63,16 | 69,91 | -0,984 | 0,325 |
| | | O3 | 79,04 | 66,26 | -1,810 | 0,070 | 66,66 | 63,30 | -0,492 | 0,623 |
| Escala de Percepção do Tabaco | Resolução de problemas | O3 | 73,39 | 74,93 | -0,215 | 0,830 | 60,74 | 74,50 | -1,995 | 0,046 |
| | Sucesso pessoal e profissional | O3 | 73,30 | 75,07 | -0,246 | 0,806 | 63,91 | 68,51 | -0,665 | 0,506 |
| | Efeitos a curto prazo | O3 | 71,03 | 78,55 | -1,049 | 0,294 | 62,71 | 70,77 | -1,163 | 0,245 |
| | Grupo amigos | O3 | 72,70 | 75,99 | -0,461 | 0,645 | 65,84 | 64,87 | -0,140 | 0,888 |

Teste U de Mann-Whitney

Análise da relação entre a idade do adolescente, a idade de experimentação tabágica, o número de cigarros consumidos, o número de amigos fumadores, a avaliação do risco pelo adolescente, a percepção da motivação dos fumadores e a percepção do tabaco em função da forma como perspectivam a sua situação profissional

Da análise da relação entre a idade do adolescente, a idade de experimentação tabágica, o número de cigarros consumidos, o número de amigos fumadores, a avaliação do risco, a percepção da motivação dos fumadores e a percepção do tabaco em função da forma como perspectivam a sua situação profissional conclui-se que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, com exceção da variável percepção das motivações dos fumadores, para os elementos do grupo experimental.

Assim, para o grupo experimental, existem diferenças estatisticamente significativas, em sentidos contrários, nas dimensões imagem de adultez (segunda observação) da percepção das motivações dos fumadores ($p=0,008$), sendo que à medida que os adolescentes perspectivam o

seu futuro profissional associado a classes sociais mais altas (a categorização da classe profissional foi feita em sentido inverso, isto é, quanto maior é o valor da média, mais baixa é a classe profissional) percebem as motivações dos fumadores associadas a uma imagem de adultez (Quadro 66).

Quadro 66 – Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença segundo idade, tempo de experimentação tabágica, número de cigarros consumidos, número de amigos fumadores, Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes, Escala de Motivação do Fumador e Escala de Percepção do Tabaco em função da forma como perspectivam a sua situação profissional

| Variáveis | Dimensões | Obs. | GRUPO EXPERIMENTAL | | | GRUPO CONTROLO | | |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------|--------------------|--------|--------------|----------------|--------|-------|
| | | | \bar{X} | Z | Sig. | \bar{X} | Z | Sig. |
| Idade | - | O1 | 13,17 | -0,024 | 0,770 | 12,82 | -0,121 | 0,171 |
| Idade de experimentação tabágica (anos) | - | O1 | 12,12 | -0,047 | 0,573 | 11,76 | -0,058 | 0,512 |
| | | O2 | 11,61 | -0,050 | 0,543 | 11,00 | 0,015 | 0,864 |
| | | O3 | 12,46 | -0,075 | 0,367 | 12,44 | -0,060 | 0,495 |
| Nº de cigarros que consomem (semanal) | - | O1 | 6,36 | -0,031 | 0,706 | 2,67 | 0,166 | 0,059 |
| | | O2 | 2,80 | 0,079 | 0,339 | 4,60 | 0,011 | 0,903 |
| | | O3 | 2,95 | 0,017 | 0,842 | 6,00 | -0,042 | 0,636 |
| Nº de amigos que fumam | - | O1 | 1,03 | -0,063 | 0,446 | 0,66 | 0,059 | 0,503 |
| | | O2 | 1,20 | 0,034 | 0,681 | 1,00 | -0,057 | 0,516 |
| | | O3 | 1,84 | -0,023 | 0,779 | 1,17 | 0,074 | 0,401 |
| Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes | Auto-estima | O1 | 2,96 | 0,141 | 0,088 | 3,04 | -0,045 | 0,614 |
| | | O2 | 3,29 | -0,114 | 0,168 | 3,25 | -0,106 | 0,229 |
| | | O3 | 3,25 | -0,023 | 0,783 | 3,23 | 0,007 | 0,933 |
| | Comportamentos | O1 | 3,25 | -0,087 | 0,292 | 3,36 | -0,118 | 0,183 |
| | | O2 | 3,64 | -0,106 | 0,201 | 3,57 | -0,123 | 0,162 |
| | | O3 | 3,60 | -0,031 | 0,707 | 3,49 | 0,022 | 0,807 |
| Escala de Motivação do Fumador | Acessibilidade ao tabaco e sucesso escolar e profissional | O1 | 2,31 | -0,018 | 0,832 | 2,13 | -0,184 | 0,344 |
| | | O2 | 2,34 | 0,106 | 0,198 | 2,38 | -0,013 | 0,888 |
| | | O3 | 2,34 | -0,003 | 0,972 | 2,15 | 0,024 | 0,783 |
| | Imagem de adultez | O1 | 3,76 | 0,072 | 0,385 | 3,59 | 0,015 | 0,868 |
| | | O2 | 3,88 | -0,217 | 0,008 | 3,76 | -0,003 | 0,973 |
| | | O3 | 3,72 | 0,088 | 0,288 | 3,67 | -0,033 | 0,708 |
| | Resolução de problemas e bem-estar | O1 | 3,40 | -0,029 | 0,730 | 3,26 | -0,002 | 0,986 |
| | | O2 | 3,51 | -0,006 | 0,939 | 3,37 | -0,098 | 0,269 |
| | | O3 | 3,36 | -0,020 | 0,810 | 3,24 | -0,006 | 0,950 |
| | Curiosidade | O1 | 3,54 | 0,031 | 0,712 | 2,25 | -0,044 | 0,620 |
| | | O2 | 3,62 | -0,083 | 0,313 | 3,38 | -0,061 | 0,492 |
| | | O3 | 3,51 | 0,091 | 0,270 | 3,46 | 0,116 | 0,189 |
| | Imagem positiva | O1 | 2,63 | -0,159 | 0,053 | 2,33 | -0,070 | 0,432 |
| | | O2 | 2,73 | 0,017 | 0,839 | 2,60 | 0,090 | 0,307 |
| | | O3 | 2,66 | 0,045 | 0,586 | 2,29 | 0,052 | 0,558 |
| | Imitação de amigos e familiares | O1 | 3,28 | -0,041 | 0,622 | 3,19 | -0,026 | 0,772 |
| | | O2 | 3,52 | -0,104 | 0,210 | 3,35 | -0,057 | 0,518 |
| | | O3 | 3,35 | -0,045 | 0,588 | 3,31 | -0,140 | 0,113 |
| Escala de Percepção do Tabaco | Resolução de problemas | O3 | 2,04 | 0,061 | 0,465 | 1,91 | 0,080 | 0,365 |
| | Sucesso pessoal e profissional | O3 | 2,03 | 0,124 | 0,132 | 1,80 | 0,050 | 0,573 |
| | Efeitos a curto prazo | O3 | 2,70 | 0,033 | 0,693 | 2,48 | -0,014 | 0,878 |
| | Grupo amigos | O3 | 2,72 | 0,022 | 0,792 | 2,39 | -0,023 | 0,794 |

Teste Rô de Spearman

Análise da relação entre a avaliação de risco em adolescentes, da percepção da motivação dos fumadores e da percepção do tabaco em função da utilização de estratégias de coping

A caracterização da variável estratégias de coping é feita através da Escala Toulousiana de Coping, constituída por cinco dimensões: controlo; retraimento, conversação e aditividade; distracção social; suporte social e; recusa.

Relativamente às dimensões controlo e distracção social, verifica-se que o grupo experimental apresenta uma média superior, traduzindo um maior auto-controlo da situação, na coordenação dos comportamentos e na contenção das emoções (Quadro 67).

Nas dimensões retraimento, conversação e aditividade e; recusa é o grupo de controlo que apresenta uma média superior. Os elementos do grupo de controlo apresentam maior frequência de ruptura das interações sociais, evitamento de contacto, afastamento dos outros, uma tentativa de esquecer, uma recusa de pensar no problema, refugiando-se no imaginário ou no sonho, ou a adopção de comportamentos defensivos de compensação, como a ingestão de medicamentos, comida, drogas (adictividade).

Na dimensão suporte social as médias, dos dois grupos, são praticamente iguais. Em nenhuma das dimensões se verifica diferenças estatisticamente significativas entre os grupos experimental e o de controlo.

Quadro 67 – Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função do grupo de pertença segundo as dimensões da Escala Toulosiana de Coping

| Dimensões | Total da Amostra | | | Grupo Controlo | | | Grupo Experimental | | | $\bar{X}_c - \bar{X}_e$ | t | Sig. |
|---------------------------------------|------------------|-----------|------|----------------|-------------|------|--------------------|-------------|------|-------------------------|--------|-------|
| | n | \bar{X} | SD | n | \bar{X}_c | SD | n | \bar{X}_e | SD | | | |
| Controlo | 279 | 3,29 | 0,69 | 131 | 3,23 | 0,71 | 148 | 3,35 | 0,68 | -0,12 | -1,217 | 0,224 |
| Retraimento, Conversão e adictividade | 279 | 2,48 | 0,69 | 131 | 2,49 | 0,71 | 148 | 2,47 | 0,67 | 0,02 | -0,704 | 0,482 |
| Distracção Social | 279 | 3,21 | 0,75 | 131 | 3,16 | 0,71 | 148 | 3,25 | 0,79 | -0,09 | -0,428 | 0,669 |
| Suporte social | 279 | 3,00 | 0,82 | 131 | 3,00 | 0,87 | 148 | 3,01 | 0,78 | -0,01 | -0,299 | 0,765 |
| Recusa | 279 | 2,51 | 0,69 | 131 | 2,54 | 0,74 | 148 | 2,48 | 0,64 | 0,06 | -0,821 | 0,412 |

Teste U de Mann-Whitney

Da análise dos Quadro 68 e 69, onde constam os resultados da análise da variância dos elementos da amostra em função do grupo de pertença, segundo as dimensões da avaliação do risco em adolescentes, da percepção das motivações dos fumadores e da percepção do tabaco em função do Coping, podemos concluir que é complexa a rede de interações.

Desta forma, para melhor análise do Quadro 68 e 69, iremos comparar cada escala (avaliação do risco em adolescentes, a percepção das motivações dos fumadores e a percepção do tabaco) com a Escala Toulosiana de Coping de forma a analisar as diferenças em cada grupo.

Relativamente à Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes no grupo de controlo, verifica-se relações estatisticamente significativas ($p=0,017$) entre a dimensão auto-estima, da avaliação de risco em adolescentes e a dimensão distracção social, da Escala Toulosiana de Coping, na terceira observação, sendo que os adolescentes que, percebem mais intensamente, o risco relacionado com a auto-estima são os que mais agem como se o problema não existisse, distraíndo-se ou fazendo algo mais agradável.

Ainda, no grupo de controlo, verificam-se correlações estatisticamente significativas entre a dimensão comportamentos, da avaliação do risco (terceira observação) e as dimensões distracção social ($p=0,003$) e recusa ($p=0,032$), da Escala Toulosiana de Coping. Assim, à medida que os adolescentes percebem mais intensamente os comportamentos relacionados com a saúde e com os consumos, nomeadamente o tabaco, mais eles enfrentam os problemas como se não existissem, distraíndo-se ou fazendo algo mais agradável e simultaneamente menos fogem dos problemas, enfrentando-os.

No grupo experimental, na terceira observação, na dimensão auto-estima, da variável percepção do risco, existe correlação estatisticamente significativa com as dimensões controlo

($p=0,016$), distração social ($p=0,006$) e suporte social ($p=0,008$), da Escala Toulosiana de Coping. À medida que os adolescentes percebem mais intensamente, o risco relacionado com a auto-estima, mais eles apresentam maior autocontrolo, na coordenação dos comportamentos e na contenção das emoções, mostram-se mais disponíveis para solicitar ajuda e apresentam maior tendência a enfrentarem os problemas como se não existissem, distraindo-se ou fazendo algo mais agradável.

Analisando a variável percepção das motivações dos fumadores, na dimensão acessibilidade ao tabaco, sucesso escolar e profissional, no grupo de controlo, na terceira observação, verifica-se a existência de uma relação estatisticamente muito significativa com a variável recusa ($p=0,002$), da Escala Toulosiana de Coping. Assim os adolescentes que associam positivamente os factores acessibilidade ao tabaco, o sucesso escolar e profissional, como motivações dos fumadores, apresentam mais tendência a utilizar a recusa como estratégia de coping, isto é, apresentam incapacidade de perceber e aceitar a realidade da situação.

Analisando a variável percepção das motivações dos fumadores, na dimensão acessibilidade ao tabaco, sucesso escolar e profissional, no grupo experimental, na primeira e terceira observações, verifica-se a existência de uma relação estatisticamente muito significativa com a variável retraimento, conversão e adictividade ($p=0,005$; $p=0,006$, respectivamente na primeira e terceira observação), a variável recusa ($p=0,007$; $p=0,000$, respectivamente na primeira e terceira observação) e com a variável suporte social (segunda observação – $p=0,008$), da Escala Toulosiana de Coping. Assim, os adolescentes que associam positivamente os factores acessibilidade ao tabaco, o sucesso escolar e profissional, como motivações dos fumadores, apresentam mais tendência à ruptura de interações sociais, à mudança a nível de comportamentos, das posições cognitivas ou dos valores e a utilizar a recusa como estratégia de coping, isto é, apresentam incapacidade de perceber e aceitar a realidade da situação e a não solicitarem ajuda para enfrentarem os problemas.

No que se refere à dimensão imagem de adultez da variável percepção das motivações dos fumadores, no grupo de controlo, verifica-se a existência de correlação estatisticamente significativa com a variável retraimento, conversão e adictividade ($p=0,019$ - segunda observação) e a variável distração social ($p=0,023$ - terceira observação), da Escala Toulosiana de Coping. Assim, os adolescentes que associam positivamente a imagem de adultez como motivação dos fumadores, apresentam menos tendência à mudança, a nível de comportamentos, das posições cognitivas ou dos valores e a enfrentarem os problemas como se não existissem, distraindo-se ou fazendo algo mais agradável.

Relativamente ao grupo experimental, na dimensão imagem de adultez, da variável percepção das motivações dos fumadores, verifica-se a existência de correlação estatisticamente significativa, na terceira observação, com as variáveis controlo ($p=0,004$) e retraimento, conversão e adictividade ($p=0,050$) e na segunda e terceira observação, com as variáveis: distração social ($p=0,009$; $p=0,003$, respectivamente na segunda e terceira observação) e suporte social ($p=0,019$; $p=0,030$, respectivamente na segunda e terceira observação), da Escala Toulosiana de Coping.

Assim, verifica-se que a percepção da motivação dos fumadores quanto mais associada à imagem de adultez, na segunda observação, menos tendência apresentam os adolescentes para enfrentarem os problemas como se não existissem, distraíndo-se ou fazendo algo mais agradável e menos tendências têm também para solicitar ajuda. Relativamente à terceira observação, verifica-se que a percepção da motivação dos fumadores quanto mais associada à imagem de adultez, mais os adolescentes apresentam auto-controlo da situação, na coordenação dos comportamentos e na contenção das emoções, menos tendência têm à ruptura das interações sociais, numa tentativa de esquecer ou evitar o problema e menor tendência para a mudança, a nível dos comportamentos, das posições cognitivas ou dos valores e mais tendência têm para se distrair do problema e mobilizar recursos no sentido de obterem ajuda.

Na dimensão resolução de problemas e bem-estar, da variável percepção das motivações dos fumadores, no grupo de controlo, verifica-se a existência de correlação estatisticamente significativa com as variáveis controlo ($p=0,047$) e distração social ($p=0,002$) (terceira observação) e a variável recusa ($p=0,037$ - segunda observação), da Escala Toulosiana de Coping. Assim, os adolescentes que associam positivamente a resolução de problemas e bem-estar como uma motivação dos fumadores, têm mais tendência para o autocontrolo da situação, a coordenação dos comportamentos e a contenção das emoções, apresentam ainda, mais tendência para se distraírem dos problemas e fazerem algo de mais agradável e maior tendência para perceberem e aceitarem a realidade.

Relativamente ao grupo experimental, na dimensão resolução de problemas e bem-estar, da variável percepção das motivações dos fumadores, verifica-se a existência de correlação estatisticamente significativa com a variável retraimento, conversão e adictividade ($p=0,039$; $p=0,018$, na primeira e segunda observação, respectivamente), da Escala Toulosiana de Coping. Assim, os adolescentes que associam positivamente a resolução de problemas e bem-estar, como uma motivação dos fumadores, têm mais tendência a estabelecer interações sociais, evitando a mudança.

Na dimensão curiosidade, da variável percepção das motivações dos fumadores, no grupo de controlo, verifica-se a existência de correlação estatisticamente significativa com as variáveis controlo ($p=0,025$ - terceira observação) e recusa ($p=0,002$ - segunda observação), da Escala Toulosiana de Coping. Desta forma, os adolescentes que associam positivamente a curiosidade, como uma motivação dos fumadores, apresentam maior tendência ao autocontrolo da situação, na coordenação dos comportamentos e na contenção das emoções e melhor capacidade para perceber e aceitar a realidade da situação.

Relativamente ao grupo experimental, na dimensão curiosidade, da variável percepção das motivações dos fumadores, verifica-se a existência de correlação estatisticamente significativa com a variável controlo ($p=0,007$ - terceira observação), da Escala Toulosiana de Coping. Assim, os adolescentes que associam positivamente a curiosidade, como uma motivação dos fumadores, apresentam maior tendência ao autocontrolo da situação, na coordenação dos comportamentos e na contenção das emoções.

Na dimensão imagem positiva, da variável percepção das motivações dos fumadores, apenas no grupo experimental se verifica a existência de correlação estatisticamente significativa com a variável retraimento, conversão e adictividade ($p=0,034$ - terceira observação), da Escala Toulosiana de Coping verificando-se que, os adolescentes que associam a imagem positiva, como uma motivação dos fumadores, apresentam mais tendência para a ruptura das interações sociais e a um evitamento de contacto, com afastamento dos outros, com maior tendência para a mudança, a nível dos comportamentos, das posições cognitivas e das emoções.

Na dimensão imitação de amigos e familiares, da variável percepção das motivações dos fumadores, no grupo de controlo, verifica-se a existência de correlação estatisticamente significativa com a variável retraimento, conversão e adictividade ($p=0,031$ - primeira observação), da Escala Toulosiana de Coping. Assim, os adolescentes que associam a imitação de amigos e familiares, como uma motivação dos fumadores, apresentam menor tendência para a ruptura das interações sociais e a um evitamento de contacto, com afastamento dos outros, com menor tendência para a mudança, a nível dos comportamentos, das posições cognitivas e das emoções.

Relativamente ao grupo experimental, na dimensão imitação de amigos e familiares, da variável percepção das motivações dos fumadores, verifica-se a existência de correlação estatisticamente significativa, na terceira observação, com as variáveis: controlo ($p=0,002$), retraimento, conversão e adictividade ($p=0,020$) e distração social ($p=0,023$) da Escala Toulosiana de Coping. Assim, os adolescentes que associam a imitação de amigos e familiares, como uma motivação dos fumadores, apresentam maior tendência ao autocontrolo da situação, maior interação social, com poucas mudanças, a agir como se o problema não existisse, distraíndo-se ou fazendo alguma coisa mais agradável.

Relativamente à variável percepção do adolescente face ao tabaco, no grupo de controlo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas com a Escala Toulosiana de Coping.

No grupo experimental, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre a dimensão retraimento, conversão e adictividade e todas as dimensões da variável percepção do tabaco ($p=0,000$ – dimensão resolução de problemas; $p=0,001$ – dimensão sucesso pessoal e profissional; $p=0,004$ – dimensão efeitos a curto prazo; $p=0,021$ – dimensão grupo de amigos). Desta forma, à medida que aumenta o grau de concordância dos adolescentes com a percepção do tabaco como algo que ajuda a resolver os problemas, traz sucesso pessoal e profissional, ajuda a fazer e desenvolver amizades e percebem os efeitos a curto prazo do tabaco (prazer, acalma, ...) mais tendência existe à resolução de problemas através da ruptura de interações sociais, a evitamento de contacto e afastamento dos outros, evitando a mudança, a nível dos comportamentos, das posições cognitivas ou dos valores.

No grupo experimental, verificaram-se ainda, diferenças estatisticamente significativas entre a dimensão recusa e as dimensões resolução de problemas ($p=0,001$) e sucesso pessoal e profissional ($p=0,003$), da variável percepção do tabaco. Desta forma, à medida que aumenta a percepção do tabaco como algo que ajuda a resolver problemas e traz sucesso pessoal e profissional maior é a incapacidade de perceber e aceitar a realidade da situação.

Quadro 68 – Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra no grupo de controlo segundo as dimensões da Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes, da Escala de Motivação do Fumador e a Escala de Percepção do Tabaco em função da Escala Toulousiana de Coping

| G | Variável | Dimensão | Obs. | Escala Toulousiana de Coping | | | | | | | | | |
|---|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------|------------------------------|--------------|---------------------------------------|--------------|-------------------|--------------|----------------|-------|--------|--------------|
| | | | | Controlo | | Retraimento, Conversão e adictividade | | Distracção Social | | Suporte social | | Recusa | |
| | | | | Z | Sig | Z | Sig | Z | Sig | Z | Sig | Z | Sig |
| † | Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes | Auto-estima | O ₁ | 0,061 | 0,486 | -0,065 | 0,461 | -0,090 | 0,305 | -0,096 | 0,275 | 0,023 | 0,797 |
| | | | O ₂ | 0,146 | 0,094 | 0,014 | 0,876 | 0,018 | 0,840 | 0,154 | 0,077 | - | 0,730 |
| | | | O ₃ | 0,163 | 0,062 | 0,050 | 0,566 | 0,208 | 0,017 | -0,032 | 0,718 | - | 0,141 |
| | | Comportamentos | O ₁ | 0,148 | 0,091 | -0,043 | 0,621 | 0,022 | 0,802 | 0,068 | 0,441 | 0,025 | 0,775 |
| | | | O ₂ | 0,091 | 0,299 | -0,074 | 0,402 | 0,023 | 0,792 | 0,131 | 0,133 | - | 0,267 |
| | | | O ₃ | 0,104 | 0,237 | -0,086 | 0,329 | 0,255 | 0,003 | -0,056 | 0,522 | - | 0,032 |
| | | Acessibilidade ao tabaco e sucesso escolar e profissional | O ₁ | 0,018 | 0,834 | -0,016 | 0,858 | -0,055 | 0,532 | -0,109 | 0,211 | 0,039 | 0,655 |
| | | | O ₂ | -0,003 | 0,977 | -0,065 | 0,458 | 0,063 | 0,476 | 0,018 | 0,835 | 0,127 | 0,146 |
| | | | O ₃ | 0,068 | 0,437 | 0,136 | 0,120 | 0,058 | 0,507 | -0,003 | 0,972 | 0,272 | 0,002 |
| | Escala de motivação do fumador | Imagem de adultez | O ₁ | -0,009 | 0,915 | -0,146 | 0,094 | -0,045 | 0,612 | 0,020 | 0,823 | - | 0,982 |
| | | | O ₂ | 0,005 | 0,951 | -0,204 | 0,019 | -0,089 | 0,309 | -0,021 | 0,808 | - | 0,120 |
| | | | O ₃ | 0,152 | 0,083 | -0,120 | 0,171 | 0,198 | 0,023 | 0,147 | 0,092 | - | 0,095 |
| | | Resolução de problemas e bem-estar | O ₁ | -0,030 | 0,735 | -0,063 | 0,473 | -0,083 | 0,342 | -0,064 | 0,465 | 0,048 | 0,586 |
| | | | O ₂ | -0,022 | 0,799 | -0,153 | 0,081 | -0,013 | 0,886 | 0,061 | 0,484 | - | 0,037 |
| | | | O ₃ | 0,173 | 0,047 | 0,083 | 0,344 | 0,265 | 0,002 | -0,049 | 0,576 | - | 0,985 |
| | | Curiosidade | O ₁ | 0,108 | 0,218 | -0,137 | 0,118 | -0,048 | 0,582 | -0,031 | 0,723 | - | 0,811 |
| | | | O ₂ | 0,092 | 0,292 | -0,130 | 0,138 | 0,135 | 0,121 | 0,127 | 0,148 | - | 0,002 |
| | | | O ₃ | 0,195 | 0,025 | -0,028 | 0,748 | 0,150 | 0,087 | -0,055 | 0,530 | - | 0,361 |
| | | Imagem positiva | O ₁ | 0,084 | 0,337 | -0,062 | 0,477 | -0,004 | 0,968 | -0,055 | 0,531 | 0,090 | 0,303 |
| | | | O ₂ | -0,002 | 0,977 | -0,137 | 0,117 | 0,052 | 0,550 | 0,098 | 0,262 | - | 0,907 |
| | | | O ₃ | 0,078 | 0,371 | 0,118 | 0,117 | 0,101 | 0,251 | 0,039 | 0,659 | 0,121 | 0,167 |
| | | Imitação de amigos e familiares | O ₁ | 0,070 | 0,428 | -0,188 | 0,031 | -0,074 | 0,397 | -0,094 | 0,286 | - | 0,117 |
| | | | O ₂ | 0,021 | 0,814 | -0,026 | 0,764 | 0,088 | 0,316 | 0,110 | 0,209 | - | 0,665 |
| | | | O ₃ | 0,144 | 0,100 | -0,063 | 0,472 | 0,081 | 0,353 | -0,076 | 0,387 | - | 0,345 |
| | Escala de Percepção do Tabaco | Resolução de problemas | O ₃ | -0,550 | 0,531 | 0,006 | 0,944 | -0,039 | 0,662 | -0,168 | 0,055 | 0,148 | 0,091 |
| | | Sucesso pessoal e profissional | O ₃ | -0,013 | 0,882 | 0,047 | 0,594 | -0,032 | 0,717 | -0,102 | 0,246 | 0,076 | 0,389 |
| | | Efeitos a curto prazo | O ₃ | 0,035 | 0,693 | 0,000 | 0,993 | 0,045 | 0,605 | -0,147 | 0,093 | - | 0,660 |
| | | Grupo amigos | O ₃ | -0,012 | 0,888 | 0,039 | 0,655 | 0,075 | 0,393 | -0,002 | 0,986 | - | 0,355 |

Legenda: † Controlo (n= 132);
Teste Ró de Spearman

Quadro 69 – Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra no grupo experimental segundo as dimensões da Escala da Avaliação do Risco em Adolescentes, a Escala de Motivação do Fumador e a Escala de Percepção do Tabaco em função da Escala Toulousiana de Coping

| G | Variável | Dimensão | Obs | Escala Toulousiana de Coping | | | | | | | | | |
|---|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------|------------------------------|--------------|---------------------------------------|--------------|-------------------|--------------|----------------|--------------|--------|--------------|
| | | | | Controlo | | Retraimento, Conversão e adictividade | | Distracção Social | | Suporte social | | Recusa | |
| | | | | Z | Sig | Z | Sig | Z | Sig | Z | Sig | Z | Sig |
| ‡ | Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes | Auto-estima | O ₁ | -0,099 | 0,228 | -0,030 | 0,716 | -0,119 | 0,148 | -0,114 | 0,164 | - | 0,949 |
| | | | O ₂ | 0,018 | 0,826 | -0,069 | 0,403 | -0,023 | 0,748 | -0,030 | 0,718 | 0,005 | 0,533 |
| | | | O ₃ | 0,196 | 0,016 | -0,075 | 0,366 | -0,224 | 0,006 | 0,217 | 0,008 | 0,120 | 0,143 |
| | | Comportamentos | O ₁ | -0,123 | 0,134 | -0,095 | 0,248 | -0,138 | 0,093 | -0,119 | 0,147 | - | 0,369 |
| | | | O ₂ | 0,084 | 0,307 | -0,081 | 0,328 | -0,023 | 0,783 | 0,026 | 0,753 | 0,074 | 0,419 |
| | | | O ₃ | 0,094 | 0,255 | -0,104 | 0,206 | 0,114 | 0,165 | 0,147 | 0,074 | - | 0,687 |
| | Escala de Motivação do Fumador | Acessibilidade ao tabaco e sucesso escolar e profissional | O ₁ | -0,090 | 0,271 | 0,227 | 0,005 | 0,052 | 0,525 | 0,056 | 0,499 | 0,220 | 0,007 |
| | | | O ₂ | 0,016 | 0,845 | 0,041 | 0,622 | 0,100 | 0,225 | -0,033 | 0,008 | 0,102 | 0,213 |
| | | | O ₃ | 0,152 | 0,063 | 0,224 | 0,006 | 0,139 | 0,089 | 0,692 | 0,924 | 0,369 | 0,000 |
| | | Imagem de adultez | O ₁ | -0,092 | 0,262 | 0,005 | 0,956 | -0,003 | 0,971 | -1,220 | 0,137 | 0,107 | 0,194 |
| | | | O ₂ | -0,096 | 0,241 | 0,020 | 0,809 | -0,212 | 0,009 | -0,192 | 0,019 | - | 0,900 |
| | | | O ₃ | 0,236 | 0,004 | -0,161 | 0,050 | 0,243 | 0,003 | 0,177 | 0,030 | 0,114 | 0,163 |
| | | Resolução de problemas e bem-estar | O ₁ | -0,003 | 0,968 | 0,169 | 0,039 | 0,051 | 0,537 | 0,019 | 0,817 | - | 0,499 |
| | | | O ₂ | 0,066 | 0,421 | 0,193 | 0,018 | 0,032 | 0,697 | -0,013 | 0,874 | 0,115 | 0,163 |
| | | | O ₃ | 0,056 | 0,496 | 0,012 | 0,884 | -0,013 | 0,875 | 0,078 | 0,345 | - | 0,566 |
| | | Curiosidade | O ₁ | 0,065 | 0,430 | 0,017 | 0,834 | -0,045 | 0,582 | -0,048 | 0,561 | - | 0,719 |
| | | | O ₂ | -0,093 | 0,257 | 0,156 | 0,058 | -0,070 | 0,396 | 0,009 | 0,910 | 0,153 | 0,062 |
| | | | O ₃ | 0,219 | 0,007 | -0,017 | 0,834 | 0,101 | 0,220 | 0,104 | 0,203 | 0,108 | 0,189 |
| | | Imagem positiva | O ₁ | -0,016 | 0,843 | 0,033 | 0,686 | 0,026 | 0,750 | 0,064 | 0,437 | - | 0,834 |
| | | | O ₂ | 0,052 | 0,529 | -0,017 | 0,841 | 0,091 | 0,266 | 0,038 | 0,648 | 0,062 | 0,451 |
| | | | O ₃ | 0,114 | 0,163 | 0,174 | 0,034 | 0,081 | 0,326 | 0,117 | 0,152 | 0,108 | 0,188 |
| | | Imitação de amigos e familiares | O ₁ | 0,001 | 0,986 | 0,029 | 0,725 | -0,059 | 0,472 | -0,034 | 0,683 | - | 0,813 |
| | | | O ₂ | -0,007 | 0,933 | 0,053 | 0,524 | -0,115 | 0,162 | -0,084 | 0,308 | 0,093 | 0,278 |
| | | | O ₃ | 0,256 | 0,002 | -0,191 | 0,020 | 0,185 | 0,023 | 0,127 | 0,122 | 0,067 | 0,414 |
| | Escala de Percepção do Tabaco | Resolução de problemas | O ₃ | -0,129 | 0,117 | 0,360 | 0,000 | -0,075 | 0,359 | 0,040 | 0,630 | 0,258 | 0,001 |
| | | Sucesso pessoal e profissional | O ₃ | -0,062 | 0,451 | 0,262 | 0,001 | -0,156 | 0,056 | -0,106 | 0,195 | 0,242 | 0,003 |
| | | Efeitos a curto prazo | O ₃ | 0,097 | 0,240 | 0,236 | 0,004 | -0,018 | 0,831 | -0,040 | 0,628 | 0,081 | 0,323 |
| | | Grupo amigos | O ₃ | -0,055 | 0,505 | 0,189 | 0,021 | -0,0190 | 0,816 | -0,004 | 0,964 | 0,020 | 0,811 |

Legenda: ‡ Experimental (n=149)
Teste Rô de Spearman

3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No capítulo anterior consta a apresentação e análise dos dados obtidos, procurando o emergir dos resultados mais relevantes.

Neste capítulo, procedemos a uma síntese e apreciação crítica desses resultados, confrontando-os entre si e com o quadro teórico de referência, no sentido de evidenciar os seus significados e implicações. No final, serão referidas algumas limitações identificadas no desenvolvimento do estudo.

A discussão dos resultados é organizada sequencialmente de modo a iniciar com as respostas às questões de investigação, em que se incluem argumentos de confiabilidade e validade das escalas: “*Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes*” (EARA), “*Escala de Motivação do Fumador*” (EMF) e “*Escala de Percepção do Tabaco*” (EPT), passando de seguida aos resultados dos testes das hipóteses formuladas e das análises exploratórias levadas a efeito.

Consideramos que a análise da confiabilidade e validade das escalas criadas para este estudo, é um aspecto fundamental pois, tendo sido estas as escalas utilizadas para operacionalizar algumas das variáveis dependentes do estudo, o valor dos resultados obtidos, assim como das conclusões delas retiradas, dependem naturalmente das suas qualidades psicométricas e conceptuais.

3.1 - ESTRUTURA DIMENSIONAL DAS ESCALAS

Estrutura dimensional da “*Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes*” (EARA)

O questionário de colheita de dados confrontou os adolescentes com uma lista de 12 itens e na sua versão final de 11 itens, tendo em conta a centralidade do estudo na variável do tabaco, numa perspectiva de o comparar com outros riscos, nomeadamente relacionados com a auto-estima e comportamentos, de modo a melhor perceber a significação que os mesmos têm do tabaco, baseados nos resultados de diversas investigações.

O primeiro aspecto que nos parece relevante é a boa receptividade manifestada pelos adolescentes perante o questionário, sendo capazes de lhe responder sem dificuldade e raramente necessitando de algum esclarecimento complementar.

No seu conjunto de 11 itens seleccionados, em função das razões oportunamente justificadas, constitui uma escala com bons argumentos de fidelidade e de validade como instrumento para medir a avaliação do risco em adolescentes. Entre eles sublinhamos os seguintes:

- A consistência interna do conjunto é bastante elevada (α de Cronbach = 0,919). Considerando os itens agrupados em duas dimensões constituídas (auto-estima e comportamentos), a consistência interna mantém-se elevada, salvo em relação à dimensão auto-estima que, apesar de ser satisfatória é relativamente mais baixa (α de Cronbach = 0,633).
- A favor da validade conceptual e de construto salienta-se o facto da estrutura factorial dos itens resultante da análise em componentes principais e com rotação varimax, coincidir com os factores e aspectos relacionados na literatura (Andrews & Duncan, 1998; Cruz, et al., 2008; Falomir-Pichastori, et al., 2007; Greene & Baneerje, 2008; Mercken, et al., 2009; Resnicow, et al., 2008; Weinbergera, et al., 2008).

Os resultados obtidos confirmam a natureza multidimensional da avaliação do risco em adolescentes, constituído por uma diferenciação de duas dimensões: risco relacionado com os comportamentos e risco relacionado com a auto-estima.

Estrutura dimensional da “Escala de Motivação do Fumador” (EMF)

O questionário de colheita de dados confrontou os adolescentes com uma lista de 27 itens e na sua versão final de 23 itens, tendo em conta sobre os factores promotores da iniciação e manutenção do consumo de tabaco baseados nos resultados de diversas investigações.

Foi boa a receptividade manifestada pelos adolescentes perante o questionário, sendo capazes de lhe responder sem dificuldade e raramente necessitando de algum esclarecimento complementar.

No seu conjunto de 23 itens seleccionados, em função das razões oportunamente justificadas, constitui uma escala com bons argumentos de fidelidade e de validade como instrumento para medir a percepção da motivação do fumador. Entre eles sublinhamos os seguintes:

- A consistência interna do conjunto é bastante elevada (α de Cronbach = 0,892). Considerando os itens agrupados em seis dimensões constituídas (acessibilidade ao tabaco e o sucesso escolar e profissional; imagem de adultez; resolução de problemas e bem-estar; curiosidade; imagem positiva; imitação de amigos e familiares), a consistência interna mantém-se elevada, salvo em relação à

dimensão imitação de amigos e familiares que, apesar de ser satisfatória, é relativamente mais baixa (α de Cronbach = 0,618).

- A favor da validade conceptual e de construto salienta-se o facto da estrutura factorial dos itens resultante da análise em componentes principais e com rotação varimax, coincidir com os factores e aspectos relacionados por vários autores na literatura (Cruz, et al., 2008; Falomir-Pichastori, et al., 2007; Greene & Baneerje, 2008; Mercken, et al., 2009; Prokhorov, et al., 2008; Resnicow, et al., 2008; Weinbergera, et al., 2008).

Desta forma, verifica-se que a estrutura factorial empírica se ajusta relativamente bem à organização racional definida após revisão, reconsiderando a natureza conceptual dos itens.

Assim, a escala é constituída por uma diferenciação de seis dimensões: imagem de adultez; acessibilidade ao tabaco e sucesso pessoal e profissional; resolução de problemas e bem-estar; imagem positiva, curiosidade e imitação.

Estrutura dimensional da “Escala de Percepção do Tabaco” (EPT)

O questionário de colheita de dados confrontou os adolescentes com uma lista de 34 itens e na sua versão final de 27 itens, tendo em conta a percepção do tabaco pelos adolescentes baseados nos resultados de diversas investigações.

Também nesta escala verificou-se boa receptividade manifestada pelos adolescentes perante o questionário, sendo capazes de lhe responder sem dificuldade e raramente necessitando de algum esclarecimento complementar.

No seu conjunto de 27 itens seleccionados, em função das razões oportunamente justificadas, constitui uma escala com bons argumentos de fidelidade e de validade como instrumento para medir a percepção do tabaco. Entre eles sublinhamos os seguintes:

- A consistência interna do conjunto é bastante elevada (α de Cronbach = 0,939). Considerando os itens agrupados em quatro dimensões constituídas (resolução de problemas; sucesso pessoal e profissional; efeitos a curto prazo e grupo de amigos), a consistência interna mantém-se elevada.
- A favor da validade conceptual e de construto salienta-se o facto da estrutura factorial dos itens resultante da análise em componentes principais e com rotação varimax, coincidir com os factores e aspectos enunciados por vários autores na literatura (Cruz, et al., 2008; Falomir-Pichastori, et al., 2007; Greene & Baneerje, 2008; Mercken, et al., 2009; Prokhorov, et al., 2008; Resnicow, et al., 2008; Weinbergera, et al., 2008).

Desta forma, verifica-se que a estrutura factorial empírica se ajusta relativamente bem à organização racional definida após revisão, reconsiderando a natureza conceptual dos itens. Assim, a escala é constituída por uma diferenciação de quatro dimensões: resolução de problemas; sucesso pessoal e profissional; efeitos a curto prazo e grupo de amigos.

3.2 – TESTE DAS HIPÓTESES

Hipótese 1- O programa de intervenção “*Par-a-Par sem Tabaco*” influencia os comportamentos relacionados com o tabaco e a perspectiva futura do consumo

No que se refere à variável condição do fumador, podemos concluir que, no grupo experimental, destaca-se um decréscimo da prevalência de fumadores, da primeira para a segunda observação, e um acréscimo, da segunda para a terceira observação, isto é, verificou-se a eficácia registada imediatamente após a aplicação do programa de intervenção, traduzida pela redução do número de fumadores, estando de acordo com resultados de outros estudos em que foram utilizadas metodologias semelhantes (Botvin & Kantor, 2000; Campbell, et al., 2008; Thomas W. Valente, et al., 2003).

No entanto, verifica-se que esta redução do número de consumidores não é perene no tempo sendo que, passado um ano do fim da intervenção, volta-se a registar um aumento da taxa de prevalência de fumadores. Do que se conclui que, com o passar do tempo, da aplicação do programa de intervenção, verifica-se uma perda da eficácia do programa, manifestado pelo aumento da prevalência de fumadores (Faggiano et al., 2010; M. M. Garrison, Christakis, Ebel, Wiehe, & Rivara, 2003; Koumi & Tsiantis, 2001; Sloboda, Stephens, Stephens, Grey, Brent Teasdale, et al., 2009).

Os resultados obtidos, num estudo quase experimental longitudinal de 3 anos de seguimento, em que a intervenção (multidimensional) ocorreu ao longo do tempo verifica-se que, à medida que passa o tempo, os elementos do grupo de controlo apresentam maior percentagem de novos fumadores quando comparado com os elementos do grupo experimental (Ariza et al., 2008). Este argumento, vem alimentar a ideia de que, se neste estudo, a intervenção se mantivesse ao longo do tempo até à terceira observação (isto é, com uma duração de dezasseis meses), seria possível verificarem-se resultados mais eficazes, no final do estudo (terceira observação).

Não obstante, verifica-se ao longo das observações, no grupo experimental, um decréscimo da média de consumo de tabaco, mesmo na terceira observação. Isto é, apesar de ter aumentado o número de fumadores em cerca de 50%, o consumo médio de cigarros decresceu em mais de 50%. Esta situação, poderá responder à questão que ficou por explicar: do aumento do número de fumadores, na terceira observação, não acompanhar um aumento médio do consumo de tabaco por semana que, poderá ter como hipótese explicativa o facto dos elementos do grupo experimental que, foram sujeitos ao programa de intervenção, terem ficado mais

despertos para a sinalização, quer da experimentação do tabaco, quer para a sinalização da condição de fumadores, apesar de reduzido o consumo de cigarros por semana (seis elementos referem ser consumidores de um cigarro por semana), quando comparados com os adolescentes do grupo de controlo. De facto, 70% dos 20 fumadores do grupo experimental, referem fumar menos de três cigarros por semana e 30% fumam em média um cigarro por semana, o que revela uma diminuição do consumo médio semanal de cigarros, traduzindo um baixo consumo de cigarros por semana.

Na análise longitudinal realizada, verificou-se uma tendência crescente da experimentação tabágica, por parte dos elementos do grupo experimental. Situação que vai contra o preconizado pelo programa de intervenção, onde se abordou os perigos da experimentação tabágica, nomeadamente, como primeira etapa no percurso do fumador (Faggiano, et al., 2010; Sloboda, Stephens, Stephens, Grey, Teasdale, et al., 2009). Duas explicações possíveis para o sucedido: uma poderá ser a curiosidade dos estudantes face ao tabaco, e outra, uma maior sensibilização para o registo de experimentação, como consequência do programa de intervenção. Estes resultados estão de acordo Perry e colaboradores (2003), DiFrança e colaboradores (2007), Resnicow e colaboradores (2008), Johnson e colaboradores (2009), Jason e colaboradores (2009), Sims (2009), Ursprung e DiFranza (2010).

Ao passo que, os elementos fumadores do grupo de controlo apresentam consumos maiores de tabaco semanal (apenas dois elementos, na terceira observação, fumavam uma média de um cigarro por semana, todos os outros apresentam um maior consumo). Assim, hipoteticamente poderão ter ficado sub-diagnosticados os elementos que fazem um consumo pequeno de cigarros por semana. Daí, o grupo experimental, no final do programa de intervenção, apresentar um maior número de fumadores, contrariamente ao que seria previsível.

De facto, ao longo do programa de intervenção, os adolescentes foram sensibilizados para a problemática da experimentação tabágica pelo que, os adolescentes do grupo experimental, poderão ter ficado, por um lado mais curiosos (aspecto menos positivo do programa de intervenção) (Sloboda, Stephens, Stephens, Grey, Teasdale, et al., 2009) e por outro, mais sensíveis para a própria sinalização da experimentação tabágica, aumentando assim o registo e consequentemente a prevalência de elementos que experimentaram o tabaco.

Destaca-se ainda que, o aumento da incidência de elementos que experimentaram o tabaco, fez subir o valor da média de idade de experimentação tabágica (sem significado estatístico), o que é normal, uma vez que ao longo das observações surgiram indivíduos que, com mais idade, experimentaram fumar (situação que faria aumentar, obrigatoriamente, o valor da média de idades de experimentação tabágica).

No entanto, é de salientar que, apesar de, da segunda para a terceira observação, os elementos do grupo de controlo não terem aumentado em muito a incidência da experimentação tabágica comparativamente com os do grupo de experimental, o valor da média na variável idade de experimentação tabágica subiu proporcionalmente mais nos elementos do grupo de controlo, o

que vem reforçar a suspeita do sub-registo relativo à experimentação tabágica e consumo de tabaco nos elementos do grupo de controlo.

No que se refere à condição de futuro fumador, em ambos os grupos, da primeira para a segunda observação, houve uma evolução no sentido de, no futuro quererem vir a ser não fumadores. De facto, inicialmente, ambos os grupos, situavam-se entre o não ser fumador e o não sei, para na segunda observação, referirem não querer vir a ser fumadores, o que constitui um factor protector (Panday, Reddy, Ruitter, Bergstrom, & Vries, 2007). É de salientar que, segundo Panday e colaboradores (2007), uma maior intenção em não fumar nos próximos anos constitui um factor protector. Também Váldez-Salgado e colaboradores (2009), alertam para o risco da intenção de fumar, concluindo que, de entre dos adolescentes que nunca fumaram, 25% estão dispostos a começar a fumar nos próximos 12 meses.

No entanto, ambos os grupos, na terceira observação aproximaram-se da percepção de que, no futuro, não sabem se serão fumadores. Destaca-se, no grupo experimental, na terceira observação, uma tendência para os elementos considerarem novamente que não sabem, sendo que o valor da média, na terceira observação, é inferior ao da primeira, o que traduz uma perspectiva futura menos associada ao consumo de tabaco. Esta evolução, vem demonstrar a eficácia do programa de intervenção após a sua aplicação, nos elementos do grupo experimental.

Assim, verifica-se que o programa de intervenção traduziu-se em ganhos junto dos elementos do grupo experimental, cujo pico máximo foi sentido logo após o programa de intervenção, traduzindo a sua máxima eficácia. Contudo, com o passar do tempo (passado um ano) tende a perder eficácia, pelo que se sugere, a fim de manter e melhorar a eficácia, a continuação do programa de intervenção ao longo de pelo menos o 3º Ciclo do Ensino Básico, idade considerada chave para este tipo de intervenções.

Os resultados de eficácia apresentados neste estudo, vêm demonstrar, em parte, a eficácia do programa de intervenção, estando de acordo com estudos realizados por diversos autores, como Valente e colaboradores (2003), Campbell e colaboradores (2008).

No entanto, em alguns parâmetros, este estudo também está de acordo com outros estudos realizados que, demonstram a ineficácia deste tipo de abordagens junto dos adolescentes escolarizados e que de certa forma levantam a questão da dificuldade que se tem vindo a ter em erradicar este importante problema, do tabagismo: Perry e colaboradores (2003), Resnicow e colaboradores (2008), Johnson e colaboradores (2009), Jason e colaboradores (2009), Garrison e colaboradores (2003). Todos estes autores utilizaram programas multifacetados de dinâmicas de grupo, com a utilização de pares e outras intervenções, não tendo demonstrado diferenças no comportamento e intenções de uso de tabaco, no grupo experimental quando, comparados com o grupo de controlo.

Hipótese 2 - O programa de intervenção “*Par-a-Par Sem Tabaco*” influencia a percepção do adolescente sobre o tabaco

No que se refere ao domínio da motivação do fumador, e aqui importa bem reforçar que se trata da percepção que os adolescentes têm das motivações do fumador para com o tabaco, pode concluir-se que, da análise transversal entre os grupos, na segunda observação, os elementos do grupo experimental apresentam maior concordância com os motivos porque os outros fumam, nomeadamente para ficarem mais simpáticos, mais atraentes e estarem na moda. Salienta-se que, durante a aplicação do programa de intervenção, foi desmistificado este aspecto tendo sido enfatizado que, algumas das pessoas que fumam, iniciaram o consumo pela falsa crença de que fumar estaria associado a simpatia, atracção e moda, daí que provavelmente, eles tenham registado que, os outros fumam para se sentirem mais atraentes e estarem na moda, sem que isso reflecta propriamente a percepção deles sobre o tabaco.

Ainda no domínio da motivação do fumador, pode concluir-se, da análise transversal entre os grupos, na terceira observação que, os elementos do grupo experimental apresentam maior concordância (embora também se situem entre o nem discordo e nem concordo, e o concordo), com os motivos porque os outros fumam, nomeadamente, por prazer, para esquecer e resolver problemas, para se sentirem mais descontraídos e para terem mais coragem. De facto, ao longo do programa de intervenção, foi explicado aos adolescentes do grupo experimental que, depois do hábito de fumar estar bem instalado, a pessoa tem prazer em fumar e que o tabaco dá uma falsa ideia de descontração, traduzindo as vantagens, a muito curto prazo de fumar, mas traduzindo, por outro lado, uma certa dependência do tabaco, como tentativa de obtenção de prazer e de simular e mascarar a resolução de problemas.

Ainda os adolescentes do grupo experimental, na primeira e terceira observação, apresentam um certo grau de concordância (situaram-se entre o nem discordo e nem concordo, a tender para o concordo) com os motivos porque os outros fumam, nomeadamente, por curiosidade, para experimentarem o sabor do tabaco e porque gostam do sabor do tabaco. De facto, somente imediatamente após a aplicação do programa de intervenção, é que os adolescentes do grupo experimental não associaram a curiosidade e o sabor do tabaco à motivação porque os outros fumam. A este respeito Andrews e Duncan (1998) referem que, os adolescentes que não fumam e têm uma atitude positiva relativamente ao tabaco, têm maiores probabilidades de experimentarem e consumirem tabaco, sendo que somente após o programa de intervenção é que esta atitude positiva não se manifestou no grupo experimental o que traduz eficácia a curto prazo do programa de intervenção.

Relativamente à análise longitudinal, no domínio da percepção das motivações do fumador, podemos concluir que, no grupo de controlo, da primeira para a segunda observação, os adolescentes atribuem uma relação directa ao facto das pessoas fumarem pela facilidade de acesso ao tabaco, pela imagem positiva e pelo simbolismo de sucesso escolar e profissional que o tabaco traduz, pela imagem de adultez e como forma de imitar amigos e familiares. Neste grupo,

registra-se da segunda para a terceira observação, uma redução da associação da resolução de problemas, imagem positiva e bem-estar como motivações do fumador. Finalmente, da primeira para a terceira observação, verifica-se uma maior associação da curiosidade como motivação dos fumadores para o consumo de tabaco.

No grupo experimental, da primeira para a segunda observação, os adolescentes associam o facto dos amigos e familiares fumarem, como motivação para os que fumam, continuem a fumar. Da segunda para a terceira observação, verifica-se uma diminuição da relação causal entre o consumo de tabaco, como forma de resolução de problemas e bem-estar, o que constitui um bom indicador.

Assim, neste domínio da percepção das motivações dos fumadores, podemos constatar que, o grupo de controlo, foi o que apresentou mais oscilações de percepção das motivações dos fumadores, o que aparentemente parece estranho, uma vez que os adolescentes do grupo de controlo não foram submetidos a nenhuma “manobra de intervenção” passível de provocar as alterações registadas neste grupo. Esta situação poderá ser justificada, hipoteticamente, pelas oscilações de percepção tão próprias e associadas a esta fase do ciclo vital do indivíduo, a adolescência. Por outro lado, os adolescentes do grupo experimental, sujeitos ao programa de intervenção, não apresentam grandes oscilações da percepção, o que aparentemente poria em causa a eficácia do programa de intervenção. No entanto, pela comparação entre os grupos, poderemos inferir que os elementos sujeitos à aplicação do programa de intervenção, apresentam alguma consistência nas suas percepções, o que por si só, demonstra o resultado da aplicação do programa de intervenção que, veio dar realismo e consistência a alguns indicadores de percepção das pessoas que fumam, tendo-se verificado poucas flutuações.

Os resultados apresentados denotam os efeitos do programa de intervenção a curto e médio prazo (passado um ano) do programa de intervenção aplicado ao grupo experimental. Estes resultados estão de acordo com Mercken e colaboradores (2009) que concluíram que, os adolescentes são menos fortemente influenciados pelos amigos para começar a fumar do que se tem vindo a assumir, é concebível que escolhem fumar, devido à percepção e atitudes que tenham relativamente ao tabagismo. Nestes casos, os programas de prevenção tabágica beneficiarão mais, com reforços de atitudes não fumadoras, do que pelo ensino para lidar com as influências sociais. Os autores enfatizam assim uma estrutura em rede de pares, pela criação de maiorias de não fumadores dentro dos grupos, no âmbito da prevenção, para além de programas de promoção de competências de influência social.

No que se refere ao domínio da percepção do tabaco, conclui-se que, embora os elementos do grupo experimental, passado um ano da aplicação do programa de intervenção, percebem o tabaco como uma substância que não ajuda a obter sucesso com os amigos, na escola e no emprego, o grau de discordância faz-se sentir de forma mais acentuada nos elementos do grupo de controlo. Relativamente às dimensões efeitos a curto prazo e grupo de amigos, ambos os grupos, se situam em termos do grau de concordância entre o discordo, e nem concordo e nem discordo, salientando-se que, os elementos do grupo de controlo, apresentam

maior grau de discordância em que o tabaco dá prazer, acalma, descontra e que ajuda nas relações de amizade. Estes resultados podem ser justificados pelo facto de, ao longo das sessões que foram sendo apresentadas, junto dos adolescentes do grupo experimental, a abordagem foi feita no sentido realista, tendo sido apresentados os motivos que levam à iniciação e desenvolvimento do tabagismo, os efeitos a curto prazo do tabagismo sempre contrapondo com as desvantagens do tabagismo. Isto é, a perspectiva com que foi implementado o programa de intervenção, foi de verdade e de realismo, onde também não foram ignoradas as vantagens do tabaco, daí que eles as tenham registado.

No que se refere às dimensões sucesso pessoal e profissional, efeitos a curto prazo e grupo de amigos conclui-se que, os elementos do grupo de controlo, apresentam uma percepção mais extremista no sentido da discordância que os elementos do grupo experimental.

Também neste ponto, os elementos do grupo experimental, sujeitos ao programa de intervenção, apresentam resultados que, aparentemente, contrariam os pressupostos da intervenção realizada. Isto é, pretendia-se neste estudo que os elementos do grupo experimental, apresentassem resultados de percepção do tabaco, menos associados à resolução de problemas e ao sucesso pessoal e profissional e ao grupo de amigos que, os do grupo de controlo, o que nesta terceira observação não aconteceu. É de referir que, apesar dos resultados estatisticamente significativos na associação das dimensões das variáveis, em ambos os grupos, as médias dos resultados nas dimensões situam-se no discordo totalmente, discordo e quando muito, no nem discordo e nem concordo. Isto é, apesar dos elementos do grupo de controlo apresentarem um maior grau de discordância, em ambos os grupos, se verifica discordância.

Enquanto nos elementos do grupo de controlo, as relações sejam estatisticamente significativas ou não, se fazem sentir em sentidos contrários, independentemente das observações, no grupo experimental encontram-se mais relações em sentidos diferentes, na segunda observação, isto é, imediatamente após a aplicação do programa de intervenção, nomeadamente nas dimensões: resolução de problemas, sucesso pessoal e profissional e efeitos a curto prazo, da variável percepção do tabaco, quando comparada com as dimensões das duas variáveis, a percepção do risco em adolescentes e a percepção das motivações dos fumadores. Esta situação revela que, os elementos do grupo experimental, na segunda observação, isto é, logo após a aplicação do programa de intervenção, apresentam percepções mais consentâneas com os riscos do tabaco e a não adesão ao tabagismo, verificado no domínio da “Escala de Motivação do Fumador”. Situação que não se manteve no tempo (na terceira observação), o que de alguma forma revela a necessidade de o programa de intervenção se estender no tempo, minimizando as possibilidades da adesão ao tabagismo pelo adolescente.

Os resultados deste estudo, vão de encontro aos resultados de um outro estudo longitudinal, de três anos (Cruz, et al., 2008) onde inicialmente se verificou existir uma relação clara entre determinantes cognitivos e o tabagismo, sendo que ao fim dos três anos estes determinantes perdem valor preditivo.

Os resultados obtidos no presente estudo poderão ainda ser justificados pelo facto do instrumento de medida “*Escala de Percepção do Tabaco*” ter sido apenas aplicado na terceira observação com o objectivo de refinar alguns conceitos, tendo os resultados, nesta terceira observação, acompanhado muitos dos outros, em que o grupo experimental distingue-se positivamente com melhores resultados na segunda observação, mas na terceira observação, passado um ano, verifica-se a tendência à perda da eficácia, daí a sugestão já apresentada da importância de manter o programa de intervenção, durante pelo menos todo o 3º Ciclo do Ensino Básico, para que o programa de intervenção acompanhe o período de maior risco de experimentação e consumo de tabaco, diminuindo os riscos associados ao tabaco.

No que se refere à relação entre a percepção do tabaco em função da avaliação do risco e da percepção da motivação do fumador, conclui-se que existem mais relações entre estas escalas, nos elementos do grupo experimental.

Nos elementos do grupo de controlo quanto mais os adolescentes percebem que as pessoas fumam porque é fácil aceder ao tabaco, porque traz sucesso pessoal e profissional e porque dá uma imagem de adultez, mais eles consideram que o tabaco não resolve problemas, mas dá sucesso pessoal e profissional. Também, quanto mais consideram os efeitos a curto prazo do tabaco, mais eles acham que as pessoas fumam por curiosidade. Finalmente, quanto mais os elementos, do grupo de controlo, consideram que os outros fumam porque dá uma imagem positiva e de adultez, sem que seja para imitar amigos, mais eles consideram que fumar ajuda a criar e consolidar amizades. Todas estas relações vêm revelar que, os adolescentes que têm uma perspectiva positiva relativamente ao tabaco assumem que as pessoas que fumam, o fazem para obter algo de positivo com o tabaco.

Nos elementos do grupo experimental, quanto mais consideram alto risco as ameaças à sua auto-estima e a adesão a comportamentos de consumo, mais consideram que o tabaco não resolve problemas, o que traduz a eficácia do programa de intervenção. Estes resultados demonstram bem, a importância dos estudantes assumirem a ameaça à auto-estima e a adesão a comportamentos de risco, nomeadamente o tabaco, como forma de assunção do risco do tabaco e da sua ineficácia para a resolução dos problemas.

Por outro lado, os elementos do grupo experimental, quanto mais consideram que o tabaco ajuda a resolver problemas, mais consideram que as pessoas fumam, porque é fácil aceder ao tabaco, porque fumar traz sucesso escolar e profissional, facilita a resolução de problemas, traz bem-estar e imagem positiva. Efectivamente, se a percepção dos adolescentes relativamente ao tabaco for de que este ajuda a resolver problemas (que foi o que se verificou em alguns adolescentes do grupo experimental) eles têm tendência a caracterizar os motivos porque outros fumam, associados a aspectos positivos. Quanto mais os elementos do grupo experimental tendem a considerar o tabaco enquanto fonte de prazer mais eles associam que as pessoas fumam pela imagem positiva, de adultez, para resolver problemas e obter bem-estar. Finalmente, quanto mais eles consideram que o tabaco ajuda a criar amizades, mais eles referem que as pessoas fumam para dar uma imagem positiva. Estes resultados permitem-nos concluir que,

apesar da aplicação do programa de intervenção, às turmas seleccionadas, se constituir de grande utilidade para a generalidade dos adolescentes, para uma percepção mais realista do tabaco, ela só por si apresenta limitações. De facto, sugere-se para a prática dos cuidados de saúde e em estudos futuros que, para além desta intervenção dirigida aos estudantes nas turmas, deva existir uma intervenção mais personalizada junto dos estudantes que apresentem sinais de consumos de tabaco ou percepções positivas associadas ao tabaco.

Podemos concluir neste estudo que, a relação entre a escala de percepção do tabaco em função das escalas de avaliação do risco em adolescentes e de motivação do fumador apresenta grande complexidade, o que traduz a forte interacção entre os três constructos relacionados com o tabaco. Esta complexidade, é bem reveladora da dificuldade que se tem vindo a ter na implementação de programas de intervenção relacionados com o tabaco, junto dos adolescentes, como forma de prevenção primária do tabagismo (Andrews & Duncan, 1998; Cruz, et al., 2008; M. M. Garrison, et al., 2003; Resnicow, et al., 2008; Trinidad, Unger, Choub, & Johnson, 2004)

Relativamente à avaliação de risco em adolescentes, verifica-se que, os elementos do grupo experimental, apresentam uma evolução crescente no grau de concordância sobre o alto risco face à auto-estima, nomeadamente de serem deixados pelo(a) namorado(a), fazer qualquer coisa só para que os outros os admirem e não conseguir pensar por si próprio e assumir as suas opiniões, sair à noite sem autorização dos pais, não saber defender-se de situações violentas, apanhar uma bebedeira, consumir regularmente bebidas alcoólicas, aceitar um cigarro, consumir regularmente cigarros e não se responsabilizar pela sua própria saúde. De facto, os elementos do grupo experimental, após a aplicação do programa de intervenção, aumentaram a percepção do alto risco do consumo de substâncias, nomeadamente o tabaco que se manteve alta passado um ano, traduzindo eficácia temporal do programa de intervenção nesta dimensão (Falomir-Pichastori, et al., 2007). Os resultados deste estudo vêm contrapor alguns resultados de estudos já efectuados (Greene & Baneerje, 2008; Resnicow, et al., 2008).

3.3 - ANÁLISES EXPLORATÓRIAS

Análise da relação entre a idade de experimentação tabágica, a avaliação do risco em adolescentes, a percepção da motivação do fumador e a percepção do tabaco em função das características sócio-demográficas: o sexo e a idade

No grupo experimental, após a aplicação do programa de intervenção, não se verificou aumento na taxa de experimentação tabágica. No entanto, um ano após a aplicação do programa de intervenção, verificou-se um aumento da taxa de experimentação de cerca de 20% comparada com a segunda observação. Estes resultados podem ser explicados de cinco formas: a primeira, com o facto do programa de intervenção ter tido algum efeito logo após a sua aplicação (não se

tendo verificado aumento da taxa de experimentação tabágica), mas como o programa de intervenção não se manteve no tempo, após o seu término, os adolescentes seguiram o seu caminho, tendo alguns estudantes iniciado a experimentação tabágica. Outra explicação poderá dever-se ao efeito de contaminação, da desejabilidade social, quer pelo resultado obtido após a aplicação do programa de intervenção (a taxa de experimentação tabágica não aumentou), quer pelo aumento registado na terceira observação quando comparado com o grupo de controlo. Outra hipótese explicativa, ainda poderá ser, o facto da abordagem relativamente ao tabaco, desenvolvida no programa de intervenção, ter eventualmente suscitado alguma curiosidade na experimentação, tendo ao fim de um ano, contribuindo para o aumento da prevalência de elementos que experimentam tabaco. A quarta hipótese explicativa, está relacionada com o facto deste aumento, poder dever-se ao facto dos adolescentes, deste grupo, estarem mais sensíveis para esta realidade, tendo-a registado, ao passo que os elementos do grupo de controlo, como não estavam despertos, continuaram a não registar a experimentação tabágica. Finalmente, outra explicação, poderá ser o facto dos elementos do grupo experimental apresentarem, em média, mais quatro meses de idade que os elementos do grupo de controlo (apesar da selecção dos elementos ter sido aleatória), o que poderá também constituir uma provável explicação, uma vez que esta fase da adolescência, é uma fase de grandes transformações num curto espaço de tempo e a diferença de quatro meses, poderá ter interferido nesta variável atendendo à curiosidade natural dos elementos desta fase da vida.

No grupo experimental, na primeira observação, verificou-se que o sexo masculino apresenta uma maior taxa de experimentação tabágica, quando comparado com o sexo feminino, situação que não se verifica nas observações seguintes. Ainda, nesta primeira observação, os elementos do sexo feminino consideram que as pessoas que fumam, o fazem para resolver problemas e porque o tabaco desperta curiosidade e proporciona bem-estar. Na terceira observação, os elementos do sexo masculino, percebem mais intensamente o risco face à auto-estima e os comportamentos, nomeadamente o consumo de tabaco, quando comprado com o sexo feminino, o que vem demonstrar uma maior eficácia do programa de intervenção junto do sexo masculino.

No grupo de controlo, na segunda observação, os elementos do sexo masculino referem que as pessoas que fumam o fazem para imitar comportamentos de amigos e familiares. Assim, verifica-se que, existe diferenciação na percepção e experimentação tabágica segundo o sexo. Estes resultados, estão de acordo com um estudo randomizado longitudinal realizado por Resnicow e colaboradores (2008) em que seguiram três grupos de estudantes: um grupo de controlo e dois experimentais: um baseado no treino de habilidades e modelo de resistência ao tabaco e outro grupo baseado num modelo de minimização de danos. Os grupos foram seguidos durante dois anos, tendo-se verificado diferenças estatisticamente significativas entre os sexos. A intervenção baseada no modelo de minimização de danos foi mais eficaz para o sexo masculino e

a intervenção baseada no treino de habilidades e modelo de resistência ao tabaco foi mais eficaz para o sexo feminino.

No entanto, num estudo prospectivo desde o ano de 1975, realizado por Brook e colaboradores (2008), com o objectivo de identificar as diferentes trajectórias relativas ao cigarro, constatou-se a presença de cinco trajectórias diferentes: fumadores, fumadores ocasionais, entradas tardias, desistentes e fumadores pesados, sendo que o género (masculino/feminino) não determinou diferenças nas trajectórias do fumador. Também Cruz e colaboradores (2008) referem que não existem diferenças de género relativamente ao consumo de tabaco.

Relativamente à variável idade de experimentação tabágica, os adolescentes do grupo experimental referem, nas três observações que, já experimentaram fumar, em média, há menos tempo que os elementos do grupo de controlo. É de salientar que a evolução da média do tempo de experimentação tabágica (em anos) não se faz acompanhar do tempo passado entre as várias observações, ocorrendo em ambos os grupos oscilações, sendo que o registo verificado na segunda observação apresenta uma oscilação negativa, o que não corresponde de todo à diferença positiva de cerca de quatro meses que decorreu entre a primeira e segunda observação, o que traduz alguma incongruência nos registos realizados pelos adolescentes de ambos os grupos.

Em ambos os grupos, à medida que aumenta a idade, aumenta também a idade de experimentação tabágica, o número de cigarros consumidos semanalmente e o número de amigos fumadores. Os resultados estão em concordância com Botvin e Kantor (2000), Cruz e colaboradores (2008), Lipperman-Kreda, Paschall e Grube (2009) que referem que em relação à idade, verifica-se que a média dos alunos fumadores é significativamente mais alta do que os não fumadores.

Em ambos os grupos, na primeira observação, e no grupo experimental, na terceira observação, verifica-se que à medida que aumenta a idade diminui a percepção da imagem de adultez constituir uma motivação para os fumadores.

No grupo experimental, na terceira observação verifica-se que, à medida que aumenta a idade do adolescente, aumenta o grau de discordância com o facto de o tabaco ajudar a resolver problemas, o que traduz eficácia do programa de intervenção junto dos elementos do grupo experimental. A este respeito, Johnson e colaboradores (2009) referem que, os adolescentes mais jovens não percebem a sua vulnerabilidade ao risco de dependência de nicotina, nem compreendem plenamente as consequências devastadoras para a saúde do tabagismo, sendo mais propensos a experimentar cigarros e se tornarem fumadores regulares.

No que se refere à evolução da média do número de cigarros consumidos semanalmente pelos elementos fumadores de cada grupo, podemos constatar que, a evolução média do consumo de cigarros, foi tendencialmente decrescente, nos elementos do grupo experimental e, crescente, nos elementos do grupo de controlo, ao longo das três observações. Estes resultados constituem também um bom exemplo dos efeitos positivos (eficácia) na redução do consumo

médio de cigarros nos elementos do grupo experimental, a curto e médio prazo, como resultado da aplicação do programa de intervenção. Este resultado reforça a hipótese explicativa apresentada atrás, de que os elementos do grupo de controlo, na segunda e terceira observação, não se registaram como tendo experimentado ou consumido o tabaco.

Análise da relação entre o número de cigarros consumidos, perspectiva futura relativa ao consumo de tabaco, do número de amigos que fumam, da percepção da avaliação do risco em adolescentes, da percepção da motivação dos fumadores e da percepção do tabaco em função: da experimentação, consumo do tabaco pelo adolescente e do consumo de tabaco pelos pais

Neste estudo concluiu-se que, em ambos os grupos e nas três observações, os elementos que consomem um maior número de cigarros e os que têm um maior número de amigos fumadores são os que já experimentaram o tabaco (Al-Haqwi, Tamim, & Asery, 2010; Calleja & Aguilar, 2008; Lipperman-Kreda, et al., 2009; Palos, et al., 2009; Panday, et al., 2007).

Estes resultados estão de acordo com os resultados de Cruz e colaboradores (2008) que referem que, o adolescente que tem amigos fumadores tem um risco aumentado, em cinco vezes, de tornar-se fumador, em comparação com o adolescente que não tem amigos fumadores. No entanto, Mercken e colaboradores (2009), concluíram que os adolescentes são menos fortemente influenciados pelos amigos para começar a fumar do que se tem vindo a assumir. É concebível, segundo os autores que, escolham fumar, devido à percepção e atitudes que tenham relativamente ao tabagismo.

No grupo de controlo, nas três observações verificou-se que, aqueles que não experimentaram o tabaco, são os que consideram alto risco os comportamentos ligados aos consumos, nomeadamente o consumo de tabaco.

Em ambos os grupos, na primeira observação, os adolescentes que não experimentaram o tabaco, percebem a imagem de adultez como sendo uma das motivações dos fumadores para fumarem. Na terceira observação, os elementos do grupo experimental, mantêm a percepção, ao passo que os elementos do grupo de controlo que, já experimentaram o tabaco referem que, as pessoas que fumam, o fazem para dar uma imagem de adultez, assumindo desta forma que ao fumarem querem transmitir uma imagem de adultez.

Na segunda observação, apenas os elementos do grupo de controlo que, já experimentaram o tabaco, percebem a acessibilidade ao tabaco, o sucesso pessoal e profissional como uma das motivações para os fumadores fumarem e na terceira observação, associam a motivação do tabaco como factor que facilita a resolução de problemas, assumindo desta forma que ao fumarem têm facilitada a resolução de problemas e procuram sucesso pessoal

e profissional (Al-Haqwi, et al., 2010; Halpern-Felsher, Biehl, Kropp, & Rubinstein, 2004a; Lipperman-Kreda, et al., 2009; Trinidad, et al., 2004).

Os elementos do grupo experimental que, já experimentaram fumar associam, na segunda e terceira observações, os efeitos a curto prazo do tabaco às motivações dos fumadores, explicando desta forma as suas motivações para fumarem. Estes resultados reflectem bem o investimento que terá de ser feito na prevenção do tabagismo, no sentido dos adolescentes não experimentarem o tabaco. De facto, os adolescentes que têm prazer após experimentar e iniciar o consumo de tabaco, apresentam mais dificuldade em deixar o tabaco, sendo muito complexa a reversão para um estado de não consumo. Assim, tem de se apostar mais na prevenção da experimentação do tabaco, trabalhando as percepções e significações que os adolescentes têm do tabaco, das pessoas que fumam e do risco associado ao tabaco.

Relativamente à condição de futuro fumador, em ambos os grupos, nas três observações verifica-se que, quer os que já experimentaram, quer os que não experimentaram o tabaco, não querem, no futuro, ser fumadores.

Relativamente ao consumo de tabaco pelos adolescentes verificou-se que, em ambos os grupos, nas três observações, os elementos que fumam, consomem um maior número de cigarros por semana e são os que têm um maior número de amigos fumadores. De facto, a associação entre os elementos que consomem tabaco e o maior número de cigarros consumidos, parece aparentemente a mesma coisa, no entanto, destaca-se que, ao longo das três observações, as correlações só foram significativas quando cruzadas as duas variáveis na mesma observação. Situação que revela, a existência de coerência interna nas respostas ao questionário, na medida em que, na mesma observação os adolescentes não se contrariam. No entanto, perde consistência com o factor tempo. A explicação para este acontecimento poderá ser o facto deste consumo de cigarros pelo adolescente variar muito: os que fumavam, já não fumam, os que não fumavam, fumam e, poderão, ou não, manter este comportamento.

Os adolescentes do grupo experimental, na segunda e terceira observação, e os elementos do grupo de controlo, na terceira observação que, não consomem tabaco, são os que percebem mais intensamente o risco de comportamentos associados aos consumos, nomeadamente o tabaco, podendo ser esta a razão para não fumarem (Trinidad, et al., 2004). A este respeito, Cruz e colaboradores (2008), Lipperman-Kreda, Paschall e Grube (2009), Halpern-Felsher e colaboradores (2004a), referem que a atitude dos fumadores é mais favorável a fumar quando comparada com os não fumadores. Os não fumadores conhecem significativamente melhor os efeitos prejudiciais do tabaco.

Os adolescentes do grupo experimental, nas três observações, e os adolescentes do grupo de controlo, na terceira observação que, não consomem tabaco associam a imagem de adultez como sendo uma das motivações para que os fumadores fumem.

Os adolescentes do grupo experimental que, consomem tabaco, na terceira observação, associam o tabaco como uma ajuda para resolver problemas, como símbolo de sucesso pessoal e profissional, dando ênfase aos efeitos a curto prazo do tabaco, estando estes resultados em

sintonia com Lipperman-Kreda, Paschall e Grube (2009), Halpern-Felsher e colaboradores (2004a). Já os adolescentes que não fumam tabaco, nesta terceira observação, no grupo experimental, associam o facto de as pessoas fumarem para imitarem os amigos e familiares.

Nos elementos do grupo de controlo, nas três observações, verificou-se que grande parte dos que fumam, referem vir a ser fumadores, ou não saberem, se serão ou não fumadores. Dos que não fumam, a maior parte, refere que não vão ser fumadores, embora muitos refiram não saber.

No que se refere aos elementos do grupo experimental, na primeira e terceira observação verificamos que, tal como acontece no grupo de controlo, a maior parte dos que fumam nas respectivas observações referem ser fumadores no futuro ou apresentam dúvidas quanto a essa questão. No entanto, na segunda observação, muito poucos são os que referem ser fumadores ou mesmo terem dúvidas. De facto, grande parte, quer dos que fumam, quer dos que não fumam, não querem vir a ser fumadores. Salienta-se também que, os adolescentes do grupo experimental, na segunda observação referirem que, no futuro não desejam ser fumadores para na terceira observação referirem que serão fumadores. Este facto, reflecte a variância na percepção dos indivíduos nesta fase da vida (adolescência), bem como a eficácia do programa de intervenção, logo após a sua aplicação e a perda da mesma eficácia, passado um ano do seu término.

Os elementos do grupo de controlo, cujos pais são fumadores na terceira observação, percebem o tabaco como algo que ajuda a resolver problemas.

No grupo experimental, nas três observações, constata-se que os adolescentes filhos de pais fumadores consomem um maior número de cigarros por semana. Ainda no grupo experimental, na primeira e terceira observação regista-se que os adolescentes filhos de pais fumadores têm um maior número de amigos fumadores (Calleja & Aguilar, 2008; Palos, et al., 2009). A este respeito Ouedraogo e colaboradores (2009), Brook e colaboradores (2009), Lipperman-Kreda, Paschall e Grube (2009) referem que, para além dos benefícios para a saúde da criança da proibição de fumar no agregado familiar, maior ênfase terá o impacto da proibição de fumar sobre o comportamento futuro das crianças em relação ao acto de fumar. Segundo Albers e colaboradores (2008), a proibição de fumar em casa pode promover atitudes anti-tabagismo entre os jovens e reduzir a progressão para a experimentação do cigarro entre os jovens que convivem com outros jovens que fumam. Também um estudo realizado por Nilsson e colaboradores (2009), conclui-se que, o tabagismo na adolescência na Suécia tem diminuído, e aumentado a proporção de quem nunca tentou fumar. Um dos factores importantes para os adolescentes se absterem do tabaco tem sido uma intervenção parental forte no sentido de ajudá-los a abster-se de tabaco, mas de preferência de uma forma não punitiva. Esta descoberta descarta a noção de que os adolescentes ignoram ou até mesmo desprezam as práticas parentais relativas ao tabaco. A maioria dos adolescentes apoia fortemente a intervenção dos pais no sentido de os ajudar a não consumirem tabaco. Assim, deste estudo ficou a sugestão da importância dos pais contra o uso do tabaco pelos filhos. De facto, para Precioso e colaboradores

(2010) o consumo de tabaco pelos pais no domicílio, constitui em si, uma forma de infligir maus tratos à criança.

Análise da relação entre a idade do adolescente, a idade de experimentação tabágica, o número de cigarros consumidos, o número de amigos fumadores, a avaliação do risco do adolescente, a percepção da motivação dos fumadores e a percepção do tabaco em função da forma como perspectivam a sua situação profissional

Relativamente à forma com que os adolescentes perspectivam a sua situação profissional verificou-se que, no grupo experimental, à medida que os adolescentes perspectivam o seu futuro profissional associado a classes sociais mais altas percebem as motivações dos fumadores associadas a uma imagem de adulez.

Não se verificaram mais relações com a variável perspectiva futura da situação profissional. Situação que vem contrariar um estudo prospectivo, desde o ano de 1975, realizado por Brook e colaboradores (2008) que, identifica as aspirações educacionais baixas como sendo um factor que interfere no consumo de tabaco em idade precoce e a manutenção do tabaco (Precioso, 2006). De facto, os adolescentes com maior exteriorização de comportamentos, mais dificuldades emocionais, e com mais baixas aspirações mostraram ter maior probabilidade de se tornarem fumadores pesados e contínuos. Outros estudos realizados (Cokkinides et al., 2009; Panday, et al., 2007) referem que, existe uma tendência para o aumento do consumo de tabaco em países e na população com mais baixo nível socioeconómico, situação que não foi confirmada no presente estudo.

Análise da relação entre a avaliação de risco em adolescentes, da percepção da motivação dos fumadores e da percepção do tabaco em função da utilização de estratégias de coping

Neste estudo, salienta-se que não existem diferenças na utilização das estratégias de coping em função do grupo de pertença (experimental ou controlo). No entanto, destaca-se a complexidade de interacções existentes entre as estratégias de coping e as dimensões da avaliação do risco em adolescentes, da percepção da motivação do fumador e da percepção do tabaco.

Os adolescentes do grupo de controlo que percebem mais intensamente, o risco relacionado com a auto-estima e com os comportamentos nomeadamente com os consumos, são os que mais agem como se o problema não existisse, distraíndo-se ou fazendo algo mais agradável. Ainda, os adolescentes que consideram mais intensamente o risco relacionado com os comportamentos, fogem menos dos problemas, enfrentando-os (Trinidad, et al., 2004).

Num estudo realizado em França com o objectivo de analisar as características dos fumadores com menos de 19 anos de idade, verificou-se que a dependência da nicotina foi pesada para 24,1% dos 321 jovens fumadores que procuram os serviços de cessação do tabagismo. Mais de um terço, apresentava um resultado no teste de triagem para depressão e ansiedade (Faou, et al., 2007). Também Caponnetto e Polosa (2008) se referem à depressão e ansiedade como factores de risco para a iniciação tabágica e para a dificuldade na cessação tabágica.

Num estudo realizado por Hebert (2011), junto de indivíduos que utilizaram a Linha do Fumador da Califórnia em 2007, verificou-se que 24,2% dos fumadores preencheram os critérios para depressão maior e 16,5% revelam sintomas indicativos de depressão leve.

Os adolescentes do grupo experimental, à medida que percebem mais intensamente, o risco relacionado com a auto-estima mais eles apresentam maior autocontrolo, na coordenação dos comportamentos e na contenção das emoções, mostram-se mais disponíveis para solicitar ajuda e apresentam maior tendência a não enfrentarem os problemas, distraíndo-se ou fazendo algo mais agradável, apresentando assim, uma grande variedade de estratégias de coping que, lhes permite escolher a que usar, dependendo da ameaça. Esta diversidade de estratégias de coping foi trabalhada na aplicação do programa de intervenção, o que aqui se conclui que, também nesta variável, se demonstra a eficácia do programa de intervenção num médio prazo.

Os adolescentes que associam positivamente os factores acessibilidade ao tabaco, o sucesso escolar e profissional, como motivações dos fumadores, apresentam, em ambos os grupos, mais tendência a utilizar a recusa como estratégia de coping e incapacidade de perceber e aceitar a realidade da situação (Trinidad, et al., 2004). Os elementos do grupo experimental, ainda apresentam maior tendência à ruptura de interacções sociais (Pepe, Sobral, Gómez-Fraguela, & Villar-Torres, 2008), à mudança, a nível de comportamentos, das posições cognitivas ou dos valores. Do que se conclui que, em ambos os grupos, mas sobretudo no grupo experimental, se verifica a estratégia da recusa perante a oferta, de que o tabaco é um exemplo.

Os adolescentes dos dois grupos que, associam positivamente a imagem de adultez como motivação dos fumadores, na terceira observação, apresentam menos tendência à mudança, a nível de comportamentos, das posições cognitivas ou dos valores e a enfrentarem os problemas como se não existissem, distraíndo-se ou fazendo algo mais agradável. Ainda os elementos do grupo experimental, referem menos tendências à ruptura das interacções sociais e mais tendência para se distraírem do problema e mobilizar recursos no sentido de obterem ajuda (Pepe, et al., 2008).

Os adolescentes que associam positivamente a resolução de problemas e bem-estar, como uma motivação dos fumadores, têm no grupo de controlo mais tendência ao autocontrolo da situação, na coordenação dos comportamentos e na contenção das emoções, apresentam mais tendência para se distrair dos problemas e fazer algo de mais agradável e maior tendência para perceber e aceitar a realidade (Al-Haqwi, et al., 2010). Já no grupo experimental, os adolescentes

têm mais tendência a estabelecer interações sociais, evitando a mudança, minimizando assim a associação do tabaco à resolução de problemas e bem-estar.

Os adolescentes que associam positivamente a curiosidade, como uma motivação dos fumadores, apresentam em ambos os grupos, mais tendência ao autocontrolo da situação, na coordenação dos comportamentos e na contenção das emoções. Os adolescentes do grupo de controlo apresentam ainda melhor capacidade para perceber e aceitar a realidade da situação.

Os adolescentes do grupo experimental que, associam positivamente a imagem positiva, como uma motivação dos fumadores, apresentam mais tendência para a ruptura das interações sociais e a um evitamento de contacto, com afastamento dos outros (Pepe, et al., 2008), com maior tendência para a mudança a nível dos comportamentos, das posições cognitivas e das emoções. Assim, verifica-se que os elementos do grupo experimental que, apresentam mais tendência para a ruptura das interações sociais e a um evitamento de contacto, com afastamento dos outros, com maior tendência para a mudança a nível dos comportamentos, das posições cognitivas e das emoções constituem, um grupo de risco que, poderá merecer intervenções mais diferenciadas e personalizadas no sentido de os capacitar para um estilo de vida sem tabaco (Koval & Pederson, 1999; Panday, et al., 2007).

Os adolescentes do grupo de controlo que associam positivamente a imitação de amigos e familiares, como uma motivação dos fumadores, apresentam menor tendência para a ruptura das interações sociais e a um evitamento de contacto, com afastamento dos outros, com menor tendência para a mudança a nível dos comportamentos, das posições cognitivas e das emoções. Ao passo que os adolescentes do grupo experimental, apresentam mais tendência ao autocontrolo da situação, a uma maior interacção social, com poucas mudanças, a agir como se o problema não existisse, distraíndo-se ou fazendo alguma coisa mais agradável. Também aqui fica demonstrado que os adolescentes do grupo experimental, apresentam estratégias de coping diversificadas e direccionadas para uma resposta isenta de tabaco.

Nos adolescentes do grupo experimental, à medida que aumenta o grau de concordância com a percepção do tabaco como algo que ajuda a resolver os problemas, traz sucesso pessoal e profissional, ajuda a fazer e desenvolver amizades e percebem os efeitos a curto prazo do tabaco (prazer, acalma, ...) mais tendência existe à resolução de problemas através da ruptura de interações sociais, a evitamento de contacto e afastamento dos outros (Pepe, et al., 2008), evitando a mudança, a nível dos comportamentos, das posições cognitivas ou dos valores. Ainda, nos adolescentes do grupo experimental verifica-se que, à medida que aumenta a percepção do tabaco como algo que ajuda a resolver problemas e traz sucesso pessoal e profissional maior é a incapacidade de perceber e aceitar a realidade da situação. Esta situação revela que, existe uma margem (pequena) de elementos do grupo experimental que, apresentam uma conduta muito desajustada relativamente à forma como resolvem os seus problemas e como concebem o sucesso profissional, manifestada pela forma também desajustada, como utilizam as estratégias de coping. Esta situação permite-nos concluir o quanto é importante personalizar e direccionar as

intervenções a pequenos grupos de adolescentes, de acordo com as suas necessidades. Por outro lado, estes resultados também podem constituir uma forma de “chamar a atenção”, pelo fim do Programa de Intervenção uma vez que, nesta terceira observação, houve vários apelos, da parte dos adolescentes do grupo experimental, para a reintrodução do programa de intervenção. Também nos permite concluir o quão complexo, difícil e prioritário é intervir junto dos adolescentes nesta fase da vida no sentido de prevenir o consumo de substâncias, nomeadamente o tabaco (Stephens et al., 2009).

3.4 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como limitações ao estudo destaca-se o facto da avaliação dos resultados se basear exclusivamente nos instrumentos de medida aplicados aos estudantes não tendo sido feita a validação com a pesquisa de cotinina na saliva, por exemplo, como forma de validação das respostas aos instrumentos de colheita de dados. Também o facto da “Escala de Percepção do Tabaco” ter sido apenas aplicada na terceira observação (porque se entendeu que seria importante diferenciar a percepção do adolescente acerca das motivações do fumador da percepção do tabaco) não nos permitiu comparar a evolução da percepção do tabaco ao longo das observações.

Outra limitação ao estudo, foi a perda de sujeitos na amostra, passado um ano da aplicação do programa de intervenção, em que se verifica a perda de sete elementos da amostra, pertencentes ao grupo experimental e vinte e um elementos da amostra, pertencentes ao grupo de controlo.

Apesar destas limitações, o programa de intervenção, foi bem recebido pelos adolescentes e restante comunidade educativa. Os pontos fortes do programa de intervenção foram a distribuição aleatória das turmas por entre os grupos experimental e de controlo.

4 - CONCLUSÃO

Neste estudo foram construídas e validadas três escalas: a “Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes” (EARA), a “Escala de Motivação do Fumador” (EMF) e a “Escala de Percepção do Tabaco” (EPT). As escalas apresentaram bons argumentos de fidelidade e de validade. Os resultados obtidos confirmam a natureza multidimensional da “Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes” (EARA), constituído por uma diferenciação de duas dimensões: risco relacionado com os comportamentos e risco relacionado com a auto-estima. A “Escala de Motivação do Fumador” (EMF) é constituída por uma diferenciação de seis dimensões: imagem de adulez; acessibilidade ao tabaco e sucesso pessoal e profissional; resolução de problemas e bem-estar; imagem positiva, curiosidade e imitação. Finalmente, a “Escala de Percepção do Tabaco” (EPT) é constituída por uma diferenciação de quatro dimensões: resolução de problemas; sucesso pessoal e profissional; efeitos a curto prazo e grupo de amigos.

O programa de intervenção, junto dos elementos do grupo experimental, mostrou permitir, logo após o programa de intervenção, reduzir o número de fumadores, o que revela a eficácia do programa de intervenção, junto destes adolescentes. Já, na terceira observação (um ano após terminar o programa de intervenção), verificou-se um acréscimo do número dos elementos que experimentaram o tabaco e que fumam, revelando com o passar do tempo, após a intervenção, uma perda da eficácia do programa de intervenção. No entanto, na terceira observação verifica-se uma redução da média do número de cigarros consumidos por semana. Isto é, na terceira observação, apesar do aumento do número de elementos que experimenta fumar e que fumam, verificou-se uma quebra da média do número de cigarros consumidos semanalmente.

Em contrapartida, no grupo de controlo, apesar de não se ter verificado diferenças significativas, no número de elementos que experimentam o tabaco ou que fumam, ao longo das observações, verificou-se um aumento na média do consumo de cigarros por semana.

Assim, podemos concluir que, nos elementos do grupo experimental, um ano após a aplicação do programa de intervenção, verificou-se uma maior sensibilidade para o registo e sinalização das experiências com o tabaco, manifestado pelo aumento da incidência dos elementos que experimentam e consomem tabaco. No entanto, este consumo, nos elementos do grupo experimental, é baixo, representando metade, da média do consumo de tabaco, dos elementos do grupo de controlo, na terceira observação.

Relativamente à perspectiva futura de consumo de tabaco, na primeira observação verifica-se que, são os elementos do grupo de controlo que, referem maior tendência para no futuro serem não fumadores. No entanto, a situação inverte-se na segunda avaliação, sendo que, os elementos do grupo experimental, após a aplicação do programa de intervenção referem de

forma mais significativa que, no futuro serão não fumadores. Esta evolução vem demonstrar a eficácia do programa de intervenção após a sua aplicação.

Da análise transversal entre os grupos, na segunda observação, conclui-se que, os elementos do grupo experimental, apresentam maior concordância com os motivos porque os outros fumam, nomeadamente para ficarem mais simpáticos, mais atraentes e estarem na moda. Na terceira observação, conclui-se que os elementos do grupo experimental apresentam maior concordância (embora também se situem entre o nem discordo e nem concordo, e o concordo), com os motivos porque os outros fumam, nomeadamente, por prazer, para esquecer e resolver problemas, para se sentirem mais descontraídos e para terem mais coragem. No domínio da percepção do tabaco, conclui-se que, embora os elementos do grupo experimental, passado um ano da aplicação do programa de intervenção, percebem o tabaco como uma substância que não ajuda a obter sucesso com os amigos, na escola e no emprego, o grau de discordância faz-se sentir de forma mais acentuada nos elementos do grupo de controlo. Os elementos do grupo experimental, na segunda observação, isto é, logo após a aplicação do programa de intervenção, apresentam percepções mais consentâneas com os riscos do tabaco e a não adesão ao tabagismo, verificado no domínio da “Escala de Motivação do Fumador”.

No grupo de controlo, da primeira para a segunda observação, os adolescentes atribuem uma relação directa ao facto das pessoas fumarem pela facilidade de acesso ao tabaco e pelo simbolismo de sucesso escolar e profissional que o tabaco traduz, pela imagem de adultez e como forma de imitar amigos e familiares. No grupo de controlo, quanto mais os adolescentes percebem que as pessoas fumam porque é fácil aceder ao tabaco, porque traz sucesso pessoal e profissional, e porque dá uma imagem de adultez, mais eles consideram que o tabaco não resolve problemas, mas dá sucesso pessoal e profissional. Também, quanto mais consideram os efeitos a curto prazo do tabaco, mais eles acham que as pessoas fumam por curiosidade. Finalmente, quanto mais os elementos, do grupo de controlo, consideram que os outros fumam porque dá uma imagem positiva, sem que seja para imitar amigos, mais eles consideram que fumar ajuda a criar e consolidar amizades.

No grupo experimental, da primeira para a terceira observação, os adolescentes apresentam um certo grau de concordância (situaram-se entre o nem discordo e nem concordo, a tender para o concordo) com os motivos porque os outros fumam, nomeadamente, por curiosidade, para experimentarem o sabor do tabaco e porque gostam do sabor do tabaco. De facto, somente imediatamente após da aplicação do programa de intervenção, é que os adolescentes do grupo experimental não associaram a curiosidade e o sabor do tabaco à motivação porque os outros fumam. No grupo experimental, da primeira para a segunda observação, os adolescentes associam o facto dos amigos e familiares fumarem, como motivação para os que fumam, continuem a fumar. Da segunda para a terceira observação, verifica-se uma diminuição da relação causal entre o consumo de tabaco, como forma de resolução de problemas e bem-estar. Quanto mais consideram alto risco as ameaças à sua auto-estima e a adesão a comportamentos de consumo, mais consideram que o tabaco não resolve problemas, o que traduz

a eficácia do programa de intervenção. Neste estudo, verifica-se que, os elementos do grupo experimental, apresentam uma evolução crescente no grau de concordância sobre o alto risco face à auto-estima, nomeadamente aceitar um cigarro, consumir regularmente cigarros e não se responsabilizar pela sua própria saúde. De facto, os elementos do grupo experimental, após a aplicação do programa de intervenção, aumentaram a percepção do alto risco do consumo de substâncias, nomeadamente o tabaco. O programa de intervenção traduziu-se em ganhos (percepção do risco de tabaco e a não adesão ao tabagismo) junto dos elementos do grupo experimental, cujo pico máximo foi sentido logo após o programa de intervenção, traduzindo a sua máxima eficácia. Contudo, com o passar do tempo (passado um ano) tende a perder eficácia, pelo que se sugere a fim de manter e melhorar a eficácia, a continuação do programa de intervenção ao longo de pelo menos o 3º Ciclo do Ensino Básico, idade considerada chave para este tipo de intervenções.

No grupo experimental, na primeira observação, verificou-se que, o sexo masculino, apresenta uma maior taxa de experimentação tabágica, quando comparado com o sexo feminino, situação que não se verifica nas observações seguintes. Neste grupo, verificou-se uma maior eficácia do programa de intervenção, junto dos elementos do sexo masculino, na medida em que, na terceira observação, os elementos do sexo masculino percebem mais intensamente o risco face à auto-estima e aos comportamentos, nomeadamente o consumo de tabaco.

No grupo experimental, à medida que os adolescentes perspectivam o seu futuro profissional associado a classes sociais mais altas percebem as motivações dos fumadores associadas a uma imagem de adultez.

Em ambos os grupos, neste estudo, à medida que aumenta a idade, aumenta a idade de experimentação tabágica, o número de cigarros consumidos semanalmente e o número de amigos fumadores. Concluiu-se também que, em ambos os grupos e, nas três observações, os elementos que consomem um maior número de cigarros e os que têm um maior número de amigos fumadores são os que já experimentaram o tabaco.

No grupo experimental, na terceira observação verifica-se que, à medida que aumenta a idade do adolescente, aumenta o grau de discordância com o facto de o tabaco ajudar a resolver problemas, o que traduz eficácia do programa de intervenção.

A evolução média do consumo de cigarros semanal, foi tendencialmente decrescente, nos elementos do grupo experimental e, crescente, nos elementos do grupo de controlo, ao longo das três observações.

Os adolescentes do grupo experimental, na segunda e terceira observação, e os elementos do grupo de controlo, na terceira observação que, não consomem tabaco, são os que percebem mais intensamente o risco de comportamentos associados aos consumos, nomeadamente o tabaco.

Os elementos do grupo de controlo, cujos pais são fumadores na terceira observação, percebem o tabaco como algo que ajuda a resolver problemas. No grupo experimental, nas três observações, constata-se que os adolescentes filhos de pais fumadores consomem um maior

número de cigarros por semana. Ainda no grupo experimental, na primeira e terceira observação regista-se que os adolescentes filhos de pais fumadores têm um maior número de amigos fumadores.

Neste estudo, salienta-se que não existem diferenças na utilização das estratégias de coping em função do grupo de pertença (experimental ou controlo). No entanto, destaca-se a complexidade de interacções existentes entre as estratégias de coping e as dimensões de cada um dos domínios considerados em cada um dos grupos.

Os resultados ressaltam os benefícios demonstrados com o programa de intervenção “Par-a-Par sem Tabaco”, nomeadamente ao nível da redução do consumo médio de cigarros por semana, a perspectiva futura relativamente ao tabaco menos associada ao consumo da substância, uma evolução crescente no grau de concordância sobre o alto risco face à auto-estima e aos comportamentos, nomeadamente ao consumo de tabaco, alguma consistência nas suas percepções sobre o tabaco e as motivações dos fumadores.

ESTUDO II - EFICÁCIA DAS CONSULTAS DE CESSAÇÃO TABÁGICA

ESTUDO II - EFICÁCIA DAS CONSULTAS DE CESSAÇÃO TABÁGICA

1 – METODOLOGIA

Relativamente à intervenção secundária, pretende-se neste estudo, avaliar a eficácia das consultas de cessação tabágica e simultaneamente identificar factores que possam interferir no sucesso da cessação em contexto da consulta dos Centros de Saúde do Distrito de Aveiro da Administração Regional de Saúde do Centro (Centros de Saúde de: Águeda, Albergaria-a-Velha, Anadia, Aveiro, Estarreja, Ílhavo, Mealhada, Murtosa, Oliveira do Bairro, Ovar, Sever do Vouga e Vagos).

Iniciamos esta parte do capítulo com a apresentação das hipóteses de investigação a testar que nos propusemos realizar. Segue-se a descrição da metodologia adoptada, explicitando o método de selecção da amostra e as suas características gerais; as variáveis em estudo; os instrumentos utilizados; os procedimentos de colheita de dados; princípios éticos e as análises estatísticas efectuadas.

O Programa de Cessação Tabágica da Administração Regional de Saúde do Centro, inserido no grupo dos factores de risco e factores protectores, tem como principais objectivos:

- Incentivar a promoção de Acções de Educação para a Saúde que visem a prevenção do consumo do tabaco;
- Criar equipas de cessação tabágica;
- Desenvolver programas integrados que contribuam para a prevenção e controlo do uso e dependência do tabaco.

À semelhança de outras áreas, constituem objectivos em cuidados de saúde na prevenção e tratamento do tabagismo: a promoção da saúde, a prevenção e tratamento da doença, a reabilitação e a reinserção do indivíduo. Como esquema estratégico, foi elaborado um organigrama, com três níveis de intervenção, em que as acções a desenvolver se correlacionam com a respectiva capacidade assistencial (Quadro 70).

No nível 1, relativo aos Cuidados de Saúde Primários, a sua acção terá especial incidência na prevenção, detecção e tratamento do tabagismo. A formação em intervenção primária do tabagismo é um dos objectivos a alcançar. Neste nível de cuidados será dada especial atenção à promoção da saúde e prevenção do tabagismo, através de estratégias como a educação para a saúde e o rastreio do tabagismo. Será dada ainda atenção ao tratamento do tabagismo, à reabilitação e reinserção do indivíduo, através da consulta de cessação tabágica.

Nos níveis 2 e 3, a responsabilidade pertence aos cuidados hospitalares. A sua actuação baseia-se nas especialidades médicas com intervenção no tabagismo, devendo responder às solicitações provenientes do nível 1.

Em termos gerais, toda a população abrangida pela unidade de saúde deve constituir a população-alvo.

Quadro 70 - Organograma da estrutura e funcionamento da intervenção no Tabagismo

| | ESTRUTURA FUNCIONAL | | |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | NIVEL 1 | NIVEL 2 | NIVEL 3 |
| | EQUIPA DE TABAGISMO | UNIDADE DE TABAGISMO | CENTRO DE TABAGISMO |
| | Centro de Saúde | Hospital | Centro Especializado |
| Equipa | - Médico - Enfermeiro | - Médico (Pneumologista) - Enfermeiro - Psicólogo - Nutricionista | - Médico (Pneumologistas, Imunoalergologistas, Psiquiatras e outras especialidades) - Enfermeiro - Psicólogo - Nutricionista |
| Objectivos | - Promoção da Saúde - Prevenção da doença - Tratamento da doença - Reabilitação do indivíduo - Reinserção do indivíduo | - Tratamento da doença - Reabilitação do indivíduo - Reinserção do indivíduo | - Tratamento da doença - Reabilitação do indivíduo - Reinserção do indivíduo |

É de salientar que, o modelo de consulta de cessação tabágica instituído tem como princípios fundamentais e linhas orientadoras, as desenvolvidas no enquadramento teórico deste trabalho, pelos vários autores consultados.

De modo a dar resposta aos objectivos de investigação supracitados, realizou-se um estudo descritivo-correlacional retrospectivo e de coorte, no sentido de avaliar a eficácia da consulta de cessação tabágica, tipos de terapêutica mais utilizados e estudar a história natural e o desenrolar do tabagismo como doença e do processo terapêutico (eficácia).

1.1 - HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO E ANÁLISES EXPLORATÓRIAS

O desenvolvimento do processo de investigação orientou-se no sentido de encontrar respostas às questões de investigação e testar as doze hipóteses de investigação (Figura 4):

- Hipótese 1: A idade influencia o sucesso da cessação tabágica.
- Hipótese 2: O sexo influencia o sucesso da cessação tabágica.
- Hipótese 3: As habilitações académicas influenciam o sucesso da cessação tabágica.
- Hipótese 4: O apoio familiar para a cessação tabágica influencia o sucesso da cessação tabágica.

- Hipótese 5: O número de cigarros que os elementos da amostra conseguiriam reduzir, sem grande esforço, influencia o sucesso da cessação tabágica.
- Hipótese 6: O tempo que esteve sem fumar, em tentativas de cessação anteriores, influencia o sucesso da cessação tabágica.
- Hipótese 7: O grau de motivação para parar de fumar influencia o sucesso da cessação tabágica.
- Hipótese 8: O grau de dependência tabágica influencia o sucesso da cessação tabágica.
- Hipótese 9: O número total de consultas influencia o sucesso da cessação tabágica.
- Hipótese 10: O número de cigarros consumidos, nas várias consultas, influencia o sucesso da cessação tabágica.
- Hipótese 11: O tipo de tratamento farmacológico influencia o sucesso na cessação tabágica.
- Hipótese 12: A cessação tabágica influencia os parâmetros biológicos: peso, pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica.

Figura 4 – Representação esquemática das hipóteses de investigação cuja variável central é o sucesso na cessação tabágica (H1-H11)



Tendo em conta o processo multicausal que caracteriza o processo de cessação tabágica (Alberg, Carter, & Carpenter, 2007; Fiore M, et al., 2009; Fiore & Westman, 2005; Gourlay, Forbes, Marriner, D., & Macneil, 1994; Hiemstra, et al., 2009; Kalman, Hoskinson, Sambamoorthi, & Garvey, 2010; Kauffman et al., 2008b; Machado, et al., 2009a, 2009b; Morchon, Masuet, & JM, 2007; OPSS, 2010; Piasecki, et al., 2002), o estudo é completado com as seguintes análises exploratórias:

- Análise da relação entre o número de cigarros que fumava, na primeira consulta, o grau de dependência tabágica, o grau de motivação para a cessação tabágica, o número total de consultas de cessação tabágica e o tipo de tratamento farmacológico em função da idade dos elementos da amostra;

- Análise da relação entre o número de cigarros consumidos (na primeira consulta), o grau de dependência tabágica, o grau de motivação para a cessação tabágica, o número total de consultas de cessação tabágica e o tipo de tratamento farmacológico em função do sexo dos elementos da amostra;
- Análise da relação entre o número de cigarros consumidos (na primeira consulta), o grau de dependência tabágica, o grau de motivação para a cessação tabágica, o número total de consultas de cessação tabágica e o tipo de tratamento farmacológico em função das habilitações académicas dos elementos da amostra.
- Análise da relação entre as habilitações académicas, o número de cigarros consumidos (na primeira consulta), o grau de dependência tabágica, o grau de motivação para a cessação tabágica, o número total de consultas de cessação tabágica e o tipo de tratamento farmacológico em função do número de cigarros que os elementos da amostra referem conseguir reduzir, sem grande esforço.

1.2 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo é constituída por todos os indivíduos que fizeram pelo menos uma consulta de cessação tabágica nos doze Centros de Saúde do Distrito de Aveiro, da Administração Regional de Saúde do Centro de Portugal entre os anos 2004 a Janeiro de 2009. Relativamente à coorte, esta foi constituída por cerca de 395 indivíduos inscritos nas consultas que, viveram o acontecimento idêntico de decidirem frequentar a consulta de cessação tabágica.

O processo de selecção da amostra foi por amostragem aleatória sistemática, sendo que, para a determinação da constante, dividiu-se o número de elementos a frequentar a consulta (aproximadamente 1600 indivíduos) por quatro (por considerar-se que um quarto dos elementos seria uma amostra representativa da população), sendo que a amostra foi constituída por 395 elementos.

É de salientar que, independentemente da organização do ficheiro clínico dos utentes das consultas de cessação tabágica (ordem de inscrição nas consultas, ordem alfabética, ordem de processo familiar, processo individual ou outra), sempre que se utilizou a constante e que o processo individual seleccionado não cumpriu os critérios de selecção (ter frequentado a consulta de cessação tabágica entre os anos 2004 e Janeiro de 2009), este foi eliminado e foi seleccionado o processo que, no ficheiro, estava imediatamente a seguir e que cumpria o critério de selecção.

Caracterização geral da amostra

Relativamente à caracterização da amostra, dos 395 elementos que constituem a amostra, a média da idade é de 41,58 anos, com um desvio padrão de 12,68 anos. O elemento mais jovem

tem 15 anos e o mais velho tem 85 anos. Na variável sexo, 141 elementos são do sexo feminino (35,7%) e 254 são do sexo masculino (64,3%).

No que se refere ao estado civil, 255 elementos são casados (64,6%), 78 elementos são solteiros (19,7%), 49 são divorciados (12,4%), 6 vivem em união de facto, 6 são viúvos (1,5%) e um encontra-se separado (0,3%). Quanto às habilitações académicas, a maior parte dos elementos da amostra (28,6%) têm como habilitações académicas o 1º Ciclo do Ensino Básico (113 elementos). Cento e cinco elementos da amostra têm o 2º Ciclo do Ensino Básico (26,6%), 81 elementos têm o 3º Ciclo do Ensino Básico (20,5%), 61 elementos têm como habilitações o Ensino Secundário (15,4%), 31 elementos possuem o Ensino Superior (7,8%) e 4 elementos sabem ler e escrever mas não têm como habilitações o 1º Ciclo do Ensino Básico (1%).

Relativamente à actividade profissional, a maior parte dos elementos da amostra (22%) pertencem ao grupo dos operários, artífices e trabalhadores da montagem (87 elementos). Sessenta e nove elementos da amostra pertencem ao grupo do pessoal dos serviços e vendedores (17,5%), 32 elementos são elementos não qualificados (8,1%), 22 elementos pertencem ao grupo dos especialistas das profissões intelectuais e científicas (5,6%), 18 elementos pertencem ao grupo do pessoal administrativo e similares (4,6%), 11 elementos pertencem ao grupo dos técnicos e profissões de nível intermédio (2,8%), 9 são agricultores e trabalhadores qualificados (2,3%), 6 pertencem aos quadros superiores da administração pública e empresas (1,5%) e 3 pertencem ao grupo dos trabalhadores das forças armadas (0,8%). Do total da amostra e fora da Classificação Nacional das Profissões estão 39 desempregados (9,9%), 36 reformados (9,1%) e 14 estudantes (3,5%).

1.3 - VARIÁVEIS

As variáveis do estudo foram seleccionadas em função da caracterização da amostra e das hipóteses formuladas e das análises exploratórias.

Variável dependente

Neste estudo, a variável dependente e central, é a variável cessação tabágica. A variável cessação tabágica é uma variável qualitativa dicotómica que, foi avaliada ao longo do tempo de consulta (última consulta, três e seis meses) e operacionalizada em sucesso (abstinência tabágica) ou insucesso (manutenção do consumo, recaída e reinício do consumo de tabaco).

Relativamente a esta variável é de salientar que, a avaliação aquando da última consulta, corresponde mesmo à última consulta dos elementos da amostra, como tal apresenta alguma heterogeneidade, pelo que exige prudência na interpretação dos resultados. Isto é, para alguns elementos da amostra, a última consulta, poderá ter coincidido com a primeira (não voltaram à

consulta) e noutros elementos poderá ter sido a décima ou vigésima consulta. No entanto, apesar da limitação da avaliação do sucesso na última consulta (factor heterogeneidade da amostra nesta variável), considerou-se muito importante incorpora-la atendendo a que existe um grande número de elementos que abandonam as consultas antes dos três ou seis meses, sendo que, se não fosse o registo da última consulta, não poderíamos perceber o que se passou com estes elementos para terem abandonado as consultas e possivelmente recaído.

Existem ainda outras três variáveis dependentes neste estudo: o peso, a pressão arterial sistólica e a pressão arterial diastólica que, fazem parte da Hipótese nº 12. O Peso é uma variável quantitativa inteira que, representa o número de Kilogramas que cada elemento pesou. A pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica são variáveis quantitativas contínuas que, representam o número de milímetros de mercúrio (mmHg) que, cada elemento apresentou, nos valores da pressão arterial, quer diastólica, quer sistólica. A colheita de dados relativo a estas variáveis foi feita através da pesquisa de arquivo dos processos individuais de saúde.

Variáveis independentes

As variáveis independentes consideradas neste estudo são: a idade; o sexo; as habilitações académicas; o ambiente familiar; o número de cigarros que os elementos da amostra conseguiriam reduzir, sem grande esforço; o tempo que esteve sem fumar, em tentativas de cessação anteriores; o grau de motivação para parar de fumar; o grau de dependência tabágica; o número total de consultas; o número de cigarros consumidos nas várias consultas e o tipo de tratamento farmacológico.

Neste estudo, a variável cessação tabágica, para além de ser uma variável dependente, também é uma variável independente (Hipótese nº 12), estando já operacionalizada.

Idade

A idade é uma variável quantitativa inteira que, representa o número de anos completos de cada elemento da amostra, na primeira consulta de cessação tabágica.

Sexo

O sexo é uma variável qualitativa dicotómica que, foi operacionalizada em sexo feminino e sexo masculino.

Habilitações académicas

É uma variável de ordem social, qualitativa ordinal que, foi operacionalizada em sete categorias:

- 1 - Não sabe ler nem escrever;
- 2 - Sabe ler e escrever;

- 3 - 1.º Ciclo do Ensino Básico (4.º ano de escolaridade);
- 4 - 2.º Ciclo do Ensino Básico (6.º ano de escolaridade);
- 5 - 3.º Ciclo do Ensino Básico (9.º ano de escolaridade);
- 6 - Ensino Secundário (12.º ano de escolaridade);
- 7 - Ensino Superior (politécnico ou universitário).

A variável foi recolhida através da pesquisa de arquivo dos processos individuais de saúde.

Apoio Familiar

É uma variável qualitativa dicotómica que, foi operacionalizada em 2 categorias: sim e não. A variável foi recolhida através da pesquisa de arquivo dos processos individuais de saúde.

Número de cigarros que os elementos da amostra conseguiriam reduzir, sem grande esforço

É uma variável quantitativa inteira que, representa o número de cigarros que cada elemento conseguiria reduzir, sem grande esforço, na primeira consulta. Foi recolhida através da pesquisa de arquivo dos processos individuais de saúde.

O tempo que esteve sem fumar, em tentativas de cessação anteriores

É uma variável quantitativa inteira que representa o número de meses que cada elemento da amostra esteve sem fumar, em tentativas anteriores de cessação tabágica, foi recolhida através da pesquisa de arquivo dos processos individuais de saúde.

Nesta variável considerou-se a resposta aberta. Posteriormente, as respostas foram agrupadas em cinco categorias: menos de um mês, um mês, entre dois a seis meses entre sete a doze meses e, mais de um ano.

Grau de motivação para a cessação tabágica

A variável grau de motivação para a cessação tabágica foi operacionalizada através do Teste de Motivação de Richmond (Richmond, et al., 1993), de que faz parte qualquer processo clínico de cessação tabágica. Esta escala é composta por quatro questões: Gostaria de deixar de fumar de pudesse fazê-lo facilmente? (pontuação: 0- Não; 1- Sim), Tem realmente vontade de deixar de fumar? (pontuação: 0- Nenhuma; 1- Pouca; 2- Alguma; 3- Muita), Acredita que conseguirá deixar de fumar nas próximas duas semanas? (pontuação: 0- Não acredito; 1- Talvez; 2- Provavelmente; 3- De certeza), Pensa que será ex-fumador dentro de 6 meses? (pontuação: 0- Dificilmente; 1- Pode ser; 2- Provavelmente; 3- De certeza). Assim a motivação para parar de fumar foi operacionalizada em 3 categorias: Baixa – pontuação total varia entre 0 e 6; Moderada – pontuação total varia entre 7 e 9 e; Elevada – pontuação total é de 10.

Grau de dependência tabágica

A variável grau de dependência tabágica foi operacionalizada através da Teste de Fagestrom para Avaliação do Grau de Dependência Tabágica, de que faz parte qualquer processo clínico de cessação tabágica. A opção pela utilização deste instrumento nas consultas de cessação tabágica justifica-se por ser de aplicação simples, rápida e de baixo custo, e permitir identificar os utentes com um grau de dependência nicotínica que faz prever desconforto ao deixar de fumar e necessidade de tratamento para controlo da síndrome de abstinência (Ferreira, Quintal, Lopes, & Taveira, 2009; Halty, Huttner, Netto, Santos, & Martins, 2002; Pérez-Ríos et al., 2009). Segundo Halty e colaboradores (2002), Ferreira e colaboradores (2009), o instrumento deve ser utilizado na íntegra e deve ser associado à utilização dos estágios de mudança de Prochaska e DiClemente, já que estes apontam para a análise dos aspectos emocionais do hábito tabágico.

Esta escala é composta por seis questões: Quanto tempo depois de acordar fuma o seu primeiro cigarro? (pontuação: 3- primeiros cinco minutos; 2- de seis a trinta minutos; 1- de trinta e um a sessenta minutos e 0 – Mais de sessenta minutos), Sente dificuldade na contenção do uso de tabaco em lugares onde é proibido fumar? (pontuação: 1- Sim e 0- Não), Qual o cigarro que mais dificuldade teria em não fumar? (pontuação: 1- primeiro da manhã e 0- outro), Quantos cigarros fuma habitualmente por dia? (pontuação: 3– trinta e um ou mais cigarros; 2- vinte e um a trinta cigarros; 1- onze a vinte cigarros e 0- dez ou menos cigarros), Fuma mais frequentemente durante as primeiras horas depois de acordar do que durante o resto do dia? (pontuação: 1- Sim e 0- Não) e finalmente, Fuma quando está doente ou acamado? (pontuação: 1- Sim e 0- Não). Assim, o grau de dependência da nicotina foi operacionalizado em três categorias: Baixa – menor que 4; Moderada - entre 4 e 7; Elevada – maior que 7.

Número total de consultas

Variável quantitativa inteira que representa o número total de consultas de cessação tabágica que cada elemento frequentou, foi recolhida através da pesquisa de arquivo dos processos individuais de saúde.

Número de cigarros consumidos nas várias consultas

Variável quantitativa inteira que representa o número total de cigarros consumidos em cada uma das consultas de cessação tabágica, foi recolhida através da pesquisa de arquivo dos processos individuais de saúde.

Tipo de tratamento

Relativamente à variável tipo de tratamento, trata-se de uma variável qualitativa que foi operacionalizada em 11 categorias (cada categoria não é exclusiva):

- 1- A vareniclina;

- 2- A bupropiona de libertação sustida (SR);
- 3- Os adesivos de nicotina;
- 4- O polacrilex de nicotina (pastilha elástica);
- 5- O inalador de nicotina ou pulverizador nasal de nicotina;
- 6- A clonidina;
- 7- A nortriptilina;
- 8- Vareniclina com suplementos de nicotina;
- 9- A bupropiona de libertação sustida (SR) com suplementos de nicotina;
- 10- Ansiolíticos.

A variável foi recolhida através da pesquisa de arquivo dos processos individuais de saúde.

Outras variáveis de caracterização

Estado civil/situação familiar

Variável qualitativa que foi operacionalizada em 6 categorias:

- 1- Solteiro/a;
- 2- Casado/a;
- 3- União de facto, isto é, indivíduos que vivem juntos que, se consideram e identificam como casados, mas não têm vínculo civil;
- 4- Separado/a;
- 5- Divorciado/a;
- 6- Viúvo/a.

A variável foi recolhida através da pesquisa de arquivo dos processos individuais de saúde.

Profissão

Nesta variável considerou-se a resposta aberta. Posteriormente, as respostas foram agrupadas em treze categorias que, correspondem à operacionalização da variável situação profissional. Das treze categorias, dez dizem respeito à situação profissional activa, isto segundo a Classificação Nacional de Profissões (Instituto Nacional de Estatística, 2008), às quais se acrescentou três categorias, referentes a uma situação profissional não activa, o estado de desempregado, reformado e estudante, como forma de melhor caracterizar a situação profissional dos elementos:

- 1- Membros das forças armadas;
- 2- Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa que, compreende os quadros superiores da administração pública, os directores de empresa, os directores e gerentes de pequenas empresas;

- 3- Especialistas das profissões intelectuais e científicas que, compreende os especialistas das ciências físicas, matemáticas e engenharia, os especialistas das ciências da vida e profissionais da saúde, os docentes do ensino secundário, superior e profissões similares e outros especialistas das profissões intelectuais e científicas;
- 4- Técnicos e profissionais de nível intermédio que, compreende os técnicos e profissionais de nível intermédio das ciências físicas e químicas, da engenharia e trabalhadores similares, profissionais de nível intermédio das ciências da vida e da saúde, os profissionais de nível intermédio do ensino e outros técnicos e profissionais de nível intermédio;
- 5- Pessoal administrativo e similares que, compreende os empregados de escritório e empregados de recepção, caixas, bilheteiras e similares;
- 6- Pessoal dos serviços e vendedores que, compreende o pessoal dos serviços directos e particulares, de protecção e segurança e os manequins, vendedores e demonstradores;
- 7- Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas que, compreende os agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, criação de animais e pescas e os agricultores e pescadores - agricultura e pesca de subsistência;
- 8- Operários, artífices e trabalhadores similares que, compreende os operários, artífices e trabalhadores similares das indústrias extractivas e da construção civil, os trabalhadores da metalurgia e da metalomecânica e trabalhadores similares, os mecânicos de precisão, oleiros e vidreiros, artesãos, trabalhadores das artes gráficas e trabalhadores similares, outros operários, artífices e trabalhadores similares;
- 9- Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem que, compreende os operadores de instalações fixas e similares, os operadores de máquinas, trabalhadores de montagem e os condutores de veículos e embarcações e operadores de equipamentos pesados móveis;
- 10- Trabalhadores não qualificados que, compreende os trabalhadores não qualificados dos serviços e comércio, os trabalhadores não qualificados da agricultura e pescas e os trabalhadores não qualificados das minas, da construção e obras públicas, da indústria transformadora e dos transportes;
- 11- Desempregados;
- 12- Reformados;
- 13- Estudantes, que compreende todas as pessoas que estão exclusivamente a estudar.

A variável foi recolhida através da pesquisa de arquivo dos processos individuais de saúde.

Contexto de iniciação tabágica

A idade de iniciação tabágica, o motivo de iniciação tabágica, o local e com quem iniciou o consumo e finalmente, a sensação que experimentou quando iniciou o consumo, são variáveis que caracterizam o contexto de iniciação tabágica.

A variável idade de iniciação tabágica é uma variável quantitativa inteira que representa o número total de anos completos quando o adolescente iniciou o consumo de tabaco, operacionalizada pela questão 1 do Questionário sobre os Hábitos Tabágicos (Anexo III).

As restantes variáveis, são qualitativas, e foram obtidas a partir das questões 2, 3, 4 e 9, respectivamente, do Questionário sobre os Hábitos Tabágicos de que fez parte qualquer processo clínico de cessação tabágica. Nestas variáveis considerou-se a resposta aberta. Posteriormente, as respostas foram agrupadas nas categorias que, se consideraram pertinentes consoante as respostas obtidas.

Assim, a variável motivo de iniciação tabágica foi operacionalizada em quatro categorias: curiosidade, brincadeira, afirmação pessoal e imitação e problemas. A variável local de início do consumo de tabaco foi operacionalizada em seis categorias: escola, rua, casa, café, trabalho e serviço militar. A variável com quem iniciou o consumo de tabaco foi operacionalizada em quatro categorias: amigos, sozinho, família, namorado. Finalmente, a variável sensação experimentada aquando da iniciação tabágica foi operacionalizada em quatro categorias: incómodo físico, prazer, não sabe e torturas.

As variáveis foram recolhidas através da pesquisa de arquivo dos processos individuais de saúde.

Contexto do consumo habitual de tabaco (antes de iniciar cessação tabágica)

O consumo de cigarros por dia (número de cigarros), horário em que se verifica um maior consumo de tabaco, o local em que se verifica um maior consumo de tabaco, situações em que necessita mais de tabaco, motivo porque fuma e finalmente, as situações em que aumenta o consumo de tabaco, são variáveis que caracterizam o contexto do consumo habitual de tabaco.

As variáveis são, todas elas qualitativas, excepto a primeira que é quantitativa inteira (representa o número de cigarros consumidos por dia) que, foram obtidas a partir das questões 5, 6, 7, 8, 10 e 11, respectivamente, do Questionário sobre os Hábitos Tabágicos (Anexo III) de que fez parte qualquer processo clínico de cessação tabágica.

Nas primeiras quatro variáveis considerou-se a resposta aberta. Posteriormente, as respostas foram agrupadas nas categorias que, se consideraram pertinentes consoante as respostas.

A variável relativa ao horário em que se verifica um maior consumo de tabaco foi operacionalizada em cinco categorias: indiferente, de manhã, à tarde, à noite e, à tarde e à noite. A variável local em que se verifica um maior consumo de tabaco foi operacionalizada em seis categorias: indiferente, casa, café e espaços de lazer, trabalho, carro e, em casa e no café. A

variável situações em que necessita mais de tabaco foi operacionalizada em cinco categorias: indiferente, sob stress, após as refeições, sozinho e, com os amigos. Relativamente à variável motivo porque fuma (variável qualitativa) foi operacionalizada em quatro categorias: prazer, hábito, necessidade e outro. Finalmente, no que concerne à variável situações em que aumenta o consumo de tabaco (variável qualitativa), esta foi operacionalizada em sete categorias: nervosismo, triste, preocupado, descontraído, sozinho, por ver os outros fumar ou por outras razões.

As variáveis referidas no seu todo contextualizaram a variável contexto do consumo habitual de tabaco que, foram recolhidas através da pesquisa de arquivo dos processos individuais de saúde.

Antecipação das dificuldades da cessação tabágica

A reacção perante o desejo e a proibição de fumar, capacidade para deixar de fumar, capacidade para reduzir o número de cigarros, previsão de dificuldades quando deixar de fumar, tentativas prévias para deixar de fumar e os factores internos ou externos que tem dificultado a abstinência tabágica, são variáveis que caracterizaram a antecipação das dificuldades da cessação tabágica.

São variáveis qualitativas que, foram obtidas a partir das questões 14, 15, 16, 17, 18 e 30, respectivamente, do Questionário sobre os Hábitos Tabágicos (Anexo III) de que faz parte qualquer processo clínico de cessação tabágica.

Nas variáveis: reacção perante o desejo e a proibição de fumar, previsão de dificuldades quando deixar de fumar e factores internos ou externos que tem dificultado a abstinência tabágica considerou-se a resposta aberta. Posteriormente, as respostas foram agrupadas nas categorias que, se consideraram pertinentes consoante as respostas.

Relativamente às variáveis dicotómicas: capacidade para deixar de fumar, capacidade para reduzir o número de cigarros e tentativas prévias para deixar de fumar estas foram operacionalizadas em sim e não, mas deixando a resposta aberta, sendo que posteriormente, as respostas também foram agrupadas nas categorias que, se consideraram pertinentes consoante as respostas.

As variáveis supra referidas, no seu todo, contextualizaram a variável antecipação das dificuldades da cessação tabágica, tendo sido recolhidas através da pesquisa de arquivo dos processos individuais de saúde.

Expectativas relativamente à consulta de cessação tabágica

Os benefícios/vantagens da cessação tabágica, dificuldades que teve para procurar ajuda, expectativas da consulta de cessação tabágica, são variáveis que caracterizaram a antecipação das dificuldades da cessação tabágica.

São variáveis qualitativas que, foram obtidas a partir das questões 23, 25 e 26, respectivamente, do Questionário sobre os Hábitos Tabágicos (Anexo III) de que faz parte qualquer processo clínico de cessação tabágica. Nesta variável considerou-se a resposta aberta. Posteriormente, as respostas foram agrupadas nas categorias que, se consideraram pertinentes consoante as respostas.

As variáveis supra referidas, no seu todo, contextualizaram a variável expectativas relativamente à consulta de cessação tabágica, tendo sido recolhidas através da pesquisa de arquivo dos processos individuais de saúde.

Suporte familiar e profissional

O suporte familiar e o suporte profissional constituíram também variáveis qualitativas que, foram obtidas a partir das questões 27 e 28, respectivamente, do Questionário sobre os Hábitos Tabágicos (Anexo III) de que faz parte qualquer processo clínico de cessação tabágica. Nestas variáveis considerou-se a resposta aberta. Posteriormente, as respostas foram agrupadas nas categorias que, se consideraram pertinentes consoante as respostas.

As categorias corresponderam à operacionalização das variáveis supra referidas que, no seu todo, contextualizaram a variável suporte familiar e profissional, tendo sido recolhidas através da pesquisa de arquivo dos processos individuais de saúde.

1.4 - INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Os dados foram colhidos através da consulta dos processos clínicos dos indivíduos que frequentam as consultas, através do Questionário sobre Hábitos Tabágicos, da Escala de Fagestrom, de avaliação do grau de dependência, o teste de motivação para a cessação tabágica de Richmond e outros registos.

O Questionário sobre Hábitos Tabágicos (Anexo III) é composto por uma primeira parte onde se encontram dados sociodemográficos como a data de auto preenchimento do questionário, a data de nascimento, idade, estado civil, as habilitações académicas e a profissão. No que se refere ao corpo do questionário propriamente dito, as questões 1, 2, 3, 4 e 9 deram resposta à variável contexto de iniciação tabágica. As questões 5, 6, 7, 8, 10 e 11 deram resposta à variável contexto de consumo habitual (antes de iniciar cessação tabágica). As questões 14, 15, 16, 17, 18 e 30 deram resposta à variável antecipação das dificuldades da cessação tabágica. As questões 23, 25 e 26 por sua vez deram resposta à variável expectativas relativamente à consulta de cessação tabágica. Finalmente, as questões 27 e 28 deram resposta à variável apoio familiar.

A Escala de Fagestrom para Avaliação do Grau de Dependência Tabágica (FTND – *Fagestrom Test of Nicotine Dependence* – Escala de seis itens (Score de 0 a 10); Cronbach's

alpha=0,61) (Heatheron, et al., 1991) é composta por seis questões que, no seu conjunto, avaliaram o grau de dependência. As questões que integram a referida escala são, no seu todo, seis, sendo que duas das questões (as questões número 1 e 4) são de escolha múltipla e as restantes de escolha dicotómica. A Escala de Fagestrom para Avaliação do Grau de Dependência Tabágica tem uma pontuação máxima de 10 pontos, sendo que se considera um elevado grau de dependência por uma pontuação de 6 ou mais pontos.

A escala grau de motivação para a cessação tabágica: Teste de Motivação de Richmond (Richmond, et al., 1993) é composta por quatro questões. A escala de motivação para parar de fumar foi operacionalizada em três categorias: Baixa – pontuação total varia entre 0 e 6; Moderada – pontuação total varia entre 7 e 9; e Elevada – pontuação total é de 10.

Das notas de evolução que compõem o processo clínico foram recolhidos dados relacionados com o tipo de tratamento, o número total de consultas, peso, pressão arterial sistólica e diastólica, valores laboratoriais e outros exames auxiliares de diagnóstico e a situação perante o consumo de tabaco.

1.5 - PRINCÍPIOS ÉTICOS

De modo a assegurar o cumprimento dos princípios éticos em investigação científica foram feitos os pedidos de autorização formal para a implementação do estudo propriamente dito, às instituições responsáveis: ao Coordenador da Prevenção do Tabagismo da Sub-Região de Saúde de Aveiro e ao Coordenador da Sub-Região de Saúde de Aveiro (Administração Regional de Saúde do Centro), cujas autorizações foram dadas (Anexo I), foram ainda feitos os pedidos de autorização, de forma informal e verbal, às equipas de saúde (médicos e enfermeiros) responsáveis pela consulta de cessação tabágica de cada Centro de Saúde.

Foram garantidos os princípios éticos ligados com os sujeitos como o da dignidade da pessoa humana, beneficência e justiça, bem como os centrados com o processo de investigação/investigador.

1.6 – ANÁLISE DE DADOS

Após a colheita dos dados, estes foram lançados, por uma codificação numérica dos questionários e por codificação (não numérica) das variáveis implicadas no estudo, numa base de dados informatizada e processados no programa de estatística SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 17.0, para Windows.

Com o objectivo de verificar a natureza da distribuição assumida pelas variáveis de carácter ordinal ou contínuo, pela aplicação do teste Kolmogorov-Smirnov, foi efectuada a análise da sua normalidade.

Assim, dos resultados obtidos da significância do teste Kolmogorov-Smirnov, podemos concluir que, a maior parte dos parâmetros considerados não apresentam homogeneidade da variância, isto é, têm distribuição não normal (Quadro 71), pelo que se seguirá a via não paramétrica.

Quadro 71 - Resultados da aplicação do teste de Kolmogorov Smirnov

| | Ks | Sig. |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|
| Idade | 0,774 | 0,587 |
| Sexo | 8,241 | 0,000 |
| Estado civil | 8,450 | 0,000 |
| Habilitações académicas | 3,904 | 0,000 |
| Profissão | 2,238 | 0,000 |
| Peso | 1,341 | 0,055 |
| Pressão arterial sistólica | 2,309 | 0,000 |
| Pressão arterial diastólica | 2,676 | 0,000 |
| Local de iniciação tabágica | 3,749 | 0,000 |
| Consumo cigarros (número) | 4,418 | 0,000 |
| Altura do dia em que fuma mais | 2,286 | 0,000 |
| Percepção do facto de conseguir reduzir o número de cigarros | 6,141 | 0,000 |
| Número de cigarros que conseguiria reduzir sem grande esforço | 1,742 | 0,005 |
| Tempo que esteve sem fumar, em tentativas de cessação anteriores | 5,599 | 0,000 |
| Ambiente familiar | 6,517 | 0,000 |
| Trabalha com outros fumadores | 4,334 | 0,000 |
| Grau de dependência tabágica | 2,633 | 0,000 |
| Grau de motivação para a cessação tabágica de Richmond | 2,561 | 0,000 |
| Tipo de tratamento | 5,753 | 0,000 |
| Número total de consultas | 3,663 | 0,000 |
| Sucesso na cessação tabágica na última consulta | 8,369 | 0,000 |
| Sucesso na cessação tabágica aos 3 meses | 9,984 | 0,000 |
| Sucesso na cessação tabágica aos 6 meses | 10,347 | 0,000 |

Com o objectivo de caracterizar a amostra e testar as hipóteses formuladas, foram utilizadas:

- Medidas de estatística descritiva (frequências absolutas ($n.$) e relativas (%));
- Medidas de tendência central (Média Aritmética (\bar{x}), Mediana (Md) e Moda (Mo));
- Medidas de Dispersão (Desvio Padrão (SD));
- Medidas de Estatística Inferencial (Teste U de Mann-Whitney, Teste de Qui-Quadrado, Teste R de Spearman, Teste de Kruskal-Wallis e o teste para amostras emparelhadas de Wilcoxon).

As respostas às questões de investigação passaram por um processo de tratamento estatístico. Em todos os casos assumiu-se $\alpha=0,05$, como o valor crítico de significância dos resultados dos testes de hipóteses, rejeitando-se a hipótese nula quando a probabilidade do erro tipo I for inferior ao referido valor ($p < 0,05$).

2 – RESULTADOS

Os resultados apresentados referem-se às análises estatísticas dos dados recolhidos e organizados no sentido de dar resposta às questões de investigação e testar as hipóteses formuladas. São ainda apresentadas a descrição de algumas variáveis relacionadas com o início do consumo de tabaco e com o consumo actual de tabaco, como forma de caracterizar a amostra relativamente à variável consumo.

No teste das hipóteses de investigação foi considerado a avaliação do sucesso na cessação tabágica em três momentos: o registado na última consulta que o utente fez, independentemente da fase de cessação tabágica que este se encontra (estar a fumar, estar abstinente ou ter tido recaída e abandonado as consultas de cessação tabágica), o registado aos três meses e, finalmente, o registado aos seis meses de seguimento.

A apresentação e análise dos resultados têm um carácter descritivo, ficando a interpretação e discussão dos resultados obtidos para o capítulo da discussão.

2.1 - CONSUMO DE TABACO

Relativamente à caracterização da amostra sobre o consumo de tabaco, abordar-se-á o início do consumo de tabaco pelos elementos da amostra e o consumo actual de tabaco.

Início do consumo de tabaco

Dos trezentos e trinta e três processos consultados com registo da idade de início do hábito tabágico, constata-se que a idade média de iniciação tabágica é de 15,96 anos, com um desvio padrão de 4,25 anos. A maior parte (n=206) iniciou o hábito por curiosidade (66 elementos), por brincadeira (59 elementos) e por afirmação pessoal e imitação (cada um com 36 elementos) e finalmente, com menos representatividade os que iniciaram o hábito por problemas (9 elementos).

Dos duzentos e quatro processos consultados com registo do local de iniciação tabágica, verifica-se que a maior parte iniciou o hábito na escola (95 elementos), seguido da rua (49 elementos), em casa (25 elementos), no café (23 elementos) e finalmente, com menos representatividade no trabalho (9 elementos) e no serviço militar (3 elementos). A maior parte dos elementos iniciou o hábito com os amigos (169 elementos), dezasseis elementos fizeram-no sozinho, doze com a família e sete com o namorado.

Dos cento e setenta e cinco processos consultados com registo da sensação experimentada aquando da iniciação tabágica, noventa e três elementos referem ter tido incómodo

físico, trinta e dois elementos referem ter tido prazer, vinte e nove elementos referem não saber e vinte e um elementos referem ter sentido tonturas.

Consumo actual de tabaco

Dos duzentos e oitenta e nove processos consultados com registo do consumo diário de cigarros na primeira consulta, a média é de 23,55 cigarros/dia e o desvio padrão de 11,32 cigarros/dia. Relativamente à hora do dia onde aumenta o consumo de cigarros (n=189), verifica-se que a maior parte dos elementos refere ser indiferente (59 elementos), seguindo-se os que referem ser à noite (46 elementos), à tarde (31 elementos), de manhã (30 elementos) e à tarde e noite (23 elementos).

No que se refere ao local onde se fuma mais (n=189), verifica-se que a maior parte dos elementos fuma mais em casa (68 elementos), seguindo-se os que referem fumar mais no café e espaços de lazer (46 elementos) e quarenta e quatro elementos referem fumar mais no trabalho, dezanove elementos refere ser indiferente o local onde fumam, sete referem fumar mais no carro e finalmente quatro referem fumar mais em casa e no café.

No que se refere às situações onde se fuma mais (n=186), a maior parte dos elementos refere fumar mais quando está sob stress (126 elementos), seguindo-se após as refeições (31 elementos), para treze elementos é indiferente, nove elementos referem quando estão sozinhos e finalmente sete elementos referem fumar mais com os amigos.

Relativamente ao facto da iniciação de fumar ter estado associada a um problema íntimo (n=158), cento e trinta e dois elementos referem que não esteve ligado a nenhum problema íntimo.

A maior parte dos elementos da amostra (n=155) refere fumar por prazer, hábito e necessidade (69 elementos), quarenta e sete elementos referem que é por hábito, vinte e um elementos refere ser por necessidade e finalmente dezoito elementos referem ser por prazer.

A maior parte dos elementos da amostra (n=154) fuma mais quando está nervoso (69 elementos), quinze elementos referem fumar quando estão nervosos, tristes e preocupados, catorze elementos referem fumar mais quando estão sozinhos, onze elementos quando estão preocupados, dois elementos por estarem tristes, dois elementos referem quando estão descontraindo e outros dois elementos referem quando estão com outros fumadores. Vinte e nove elementos referem fumar mais por todas as razões já mencionadas com excepção da situação de descontraindo e dez elementos referem fumar mais em todas as situações mencionadas.

Dos cento e sessenta e três processos consultados com registo relativamente à variável proibição de fumar, noventa e sete refere não ter sido proibido de fumar e sessenta e seis elementos referem ter sido proibidos de fumar. Dos que foram proibidos de fumar, a maior parte deles foi proibido de fumar pelos pais (27 elementos), seguido do médico (21 elementos), da sociedade em geral (12 elementos), do patrão (4 elementos) e finalmente do marido (2 elementos).

A maior parte dos fumadores eram filhos de pais também fumadores (85 elementos). Os restantes sessenta e nove elementos eram filhos de pais não fumadores.

Dos cento e cinquenta e cinco processos consultados com registo da variável, como reage quando quer fumar e não pode, setenta e cinco elementos referem reagir com nervosismo, quarenta e três revelam dificuldades no controlo e tinta e sete referem fazê-lo sem dificuldade.

Cento e trinta e um elementos referem que conseguem deixar de fumar e, vinte e dois elementos referem que, não se consideram capazes de deixar de fumar (n=153). Cento e quarenta e um elementos referem, conseguir reduzir o número de cigarros e, treze referem não conseguir (n=154). Dos elementos que referem deixar de fumar (n=123), a média refere conseguir reduzir 10,10 cigarros/dia, com um desvio padrão de 5,80 cigarros/dia.

Dos cento e quarenta e cinco processos consultados com registo das dificuldades que pensa vir a ter quando deixar de fumar, quarenta e nove elementos referem reacções de privação, quarenta e sete elementos referem não saber e, trinta e nove elementos referem aumento dos níveis de stress.

No que se refere aos malefícios do tabaco, quarenta e sete elementos referem que o tabaco causa cancro, doença cardiovascular e pulmonar; quarenta e seis elementos referem cancro; vinte e cinco elementos referem-se ao cancro e dificuldade em respirar como malefícios do tabaco; dezanove elementos referem-se ao cancro e mau hálito; dez elementos referem-se ao cancro e doença cardiovascular; dois elementos referem não existir malefícios e um elemento refere apenas cansaço (n=150). Dos malefícios referidos, o cancro foi considerado como o pior dos malefícios (84 elementos), sessenta e um elementos referiram ser todos os malefícios, cinco referiram-se ao enfisema pulmonar como o pior dos malefícios do tabaco e finalmente dois elementos referiram-se ao cancro, doença cardiovascular e pulmonar.

Relativamente à preocupação com o incómodo e malefícios que causa aos outros quando fuma, cento e treze elementos referem preocupar-se, vinte e dois elementos referem preocupar-se mas não muito e, finalmente, dezoito referem não se preocupar com os prejuízos que causam aos outros (n=153).

No que diz respeito às vantagens em deixar de fumar, cinquenta e nove elementos referem ter mais saúde quando deixarem de fumar, quarenta e dois elementos referem ter mais saúde e mais dinheiro, vinte e sete elementos referem ter melhor qualidade de vida e mais longevidade, treze referem melhor saúde e melhor aspecto, cinco elementos referem ter mais dinheiro, três referem ter menos cansaço e dois referem melhor relação familiar após deixar de fumar (n=151).

Oitenta e cinco elementos referem que a dificuldade maior em deixar de fumar relaciona-se com a força de vontade e motivação, sessenta e dois elementos referem dificuldades no controlo da ansiedade e três elementos referem não saber das dificuldades em deixar de fumar (n=150). Neste sentido, oitenta e oito elementos esperam obter apoio, ajuda e compreensão da consulta de cessação tabágica, sessenta e três esperam deixar de fumar e um espera reduzir o consumo de cigarros (n=152).

Dos cento e cinquenta e um processos consultados com registo na variável, ambiente familiar, constata-se que, cento e trinta e seis elementos apresentam um bom ambiente familiar

que os poderá ajudar a deixar de fumar. Relativamente à existência de outros fumadores na família, cinquenta e oito elementos referem ter outros fumadores na família e, noventa e dois elementos não têm mais fumadores em casa para além do próprio.

Relativamente ao local de trabalho, verifica-se que oitenta e sete elementos referem que no local de trabalho poderão ter ajudas para deixar de fumar e, cinquenta e dois elementos referem não poder contar com essa ajuda. Verifica-se também que a maioria (77 elementos) trabalha com outros fumadores e, sessenta e três elementos trabalham com não fumadores.

No que se refere às variáveis laboratoriais e resultados dos exames auxiliares de diagnóstico solicitados na consulta podemos concluir da análise do Quadro 72 que, quer a pressão arterial sistólica, mas sobretudo a pressão arterial diastólica encontram-se acima dos valores recomendados (com um grande desvio padrão), o que vem enfatizar o risco cardiovascular do consumo de tabaco.

Relativamente ao perfil lipídico, podemos concluir que, apenas o colesterol HDL se encontra dentro dos parâmetros recomendados, o que só por si representa um bom indicador. Os restantes parâmetros: o colesterol total, o colesterol LDL e os triglicérideos estão acima dos valores recomendados para um adulto, o que vem enfatizar o risco cardiovascular do consumo de tabaco.

Os valores da Gama Glutamil Transferase e da Glicémia em jejum estão dentro dos parâmetros recomendados.

Quadro 72 – Representação da média e desvio padrão da amostra segundo as variáveis laboratoriais e a pressão arterial

| Variáveis | n | \bar{x} | SD |
|-----------------------------|-----|-----------|--------|
| Pressão Arterial Sistólica | 366 | 125,73 | 19,10 |
| Pressão Arterial Diastólica | 366 | 74,70 | 11,26 |
| Colesterol Total | 193 | 215,88 | 45,28 |
| Colesterol LDL | 85 | 140,60 | 41,33 |
| Colesterol HDL | 97 | 51,70 | 17,69 |
| Triglicérideos | 176 | 153,47 | 114,10 |
| Gama GT | 139 | 47,30 | 55,74 |
| Glicémia | 163 | 98,35 | 25,90 |

Dos duzentos e cinquenta e dois processos consultados com registo de electrocardiograma, cento e oitenta não apresentaram qualquer alteração e setenta e dois tinham registo de alterações a nível do electrocardiograma. Dos duzentos e cinquenta e três processos consultados com registo de Raios X pulmonar, cento e trinta e três não apresentam qualquer alteração e cento e vinte apresentam alterações ao nível do Raios X.

2.2 - TESTE DAS HIPÓTESES

De seguida encontram-se os resultados dos testes das hipóteses consideradas neste estudo.

Hipótese 1: A Idade influencia o sucesso da cessação tabágica

A média da idade dos trezentos e noventa e cinco elementos da amostra, é de 41,58 anos, com um desvio padrão de 12,68 anos. O elemento mais jovem tem quinze anos e o mais velho tem oitenta e cinco anos.

Da análise do Quadro 73 conclui-se que, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a idade dos elementos e o sucesso na cessação tabágica, na última consulta. No entanto, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre a idade dos elementos e o sucesso da cessação aos três meses ($p=0,001$) e aos seis meses ($p=0,008$) sendo que, a média dos rankings na idade traduz que os elementos com mais idade foram os que conseguiram um maior sucesso na cessação tabágica, o que nos leva a aceitar a hipótese formulada.

Quadro 73 - Representação do sucesso na cessação tabágica em função da idade dos elementos da amostra

| Sucesso na Cessação Tabágica/Idade | | n | % | Média dos Rankings | Z | Sig. |
|------------------------------------|-----|-----|------|--------------------|--------|-------|
| Sucesso na última consulta | Não | 259 | 65,6 | 190,44 | -1,818 | 0,069 |
| | Sim | 136 | 34,4 | 212,40 | | |
| Sucesso aos 3 meses | Não | 326 | 82,5 | 189,49 | -3,222 | 0,001 |
| | Sim | 69 | 17,5 | 238,22 | | |
| Sucesso aos 6 meses | Não | 344 | 87,1 | 192,13 | -2,654 | 0,008 |
| | Sim | 51 | 12,9 | 237,58 | | |

Teste U de Mann Whitney

Hipótese 2: O sexo influencia o sucesso da cessação tabágica

Dos trezentos e noventa e cinco elementos da amostra, cento e quarenta e um elementos são do sexo feminino (35,7%) e duzentos e cinquenta e quatro são do sexo masculino (64,3%), sendo este último, o mais representado.

No que se refere às taxas de sucesso (abstinência tabágica) ao longo do tempo, verificamos que os elementos do sexo feminino apresentaram, na última consulta que frequentaram, 36,2% de taxa de abstinência tabágica, aos três meses cerca de 18,4% dos elementos estavam abstinentes e finalmente, aos seis meses de seguimento apenas 14,2% dos elementos do sexo feminino estavam sem fumar. Relativamente ao sexo masculino, verifica-se que, estes apresentam na última consulta uma taxa de abstinência de tabaco de 33,5%, aos três meses de 16,9% e finalmente aos seis meses de 12,2%.

Estes resultados exigem alguma prudência na sua interpretação uma vez que, estes dados referem-se a situações em que se tem conhecimento dos que apresentam sucesso na cessação tabágica, contudo não sabemos se todos os restantes elementos que não estão contabilizados como sucesso, estão a fumar ou se por outro lado, como nada se sabe, podem estar abstinentes, mas que neste estudo são contados como se estivessem a consumir tabaco (pela ausência de registo/conhecimento).

Desta forma, podemos concluir que, a taxa de sucesso na cessação tabágica nos elementos do sexo feminino é superior à dos elementos do sexo masculino. No entanto, da análise do Quadro 74 verifica-se que, ao longo das consultas: na última consulta, aos três e seis meses de seguimento não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o sexo dos elementos e o sucesso da cessação tabágica. Assim rejeita-se a hipótese formulada de que o sexo influencia o sucesso da cessação tabágica.

Quadro 74 - Representação do sucesso na cessação tabágica em função do sexo dos elementos da amostra

| Sexo | | Última consulta | | | | 3 meses | | | | 6 meses | | | |
|------------|-----|-----------------|------|-----------|------|----------|------|-----------|------|----------|------|-----------|------|
| | | Feminino | | Masculino | | Feminino | | Masculino | | Feminino | | Masculino | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Sucesso | Não | 90 | 63,8 | 169 | 66,5 | 115 | 81,6 | 211 | 83,1 | 121 | 85,8 | 223 | 87,8 |
| | Sim | 51 | 36,2 | 85 | 33,5 | 26 | 18,4 | 43 | 16,9 | 20 | 14,2 | 31 | 12,2 |
| Chi-Square | | 0,294 | | | | 0,144 | | | | 0,316 | | | |
| Sig. | | 0,588 | | | | 0,705 | | | | 0,574 | | | |

Teste do Qui-Quadrado

Hipótese 3: As habilitações académicas influenciam o sucesso da cessação tabágica

A maior parte dos elementos da amostra (28,6%) têm como habilitações académicas o 1º Ciclo do Ensino Básico (ou equivalente) (113 elementos). Cento e cinco elementos da amostra têm o 2º Ciclo do Ensino Básico (26,6%), oitenta e um elementos têm o 3º Ciclo do Ensino Básico (20,5%), sessenta e um elementos têm como habilitações o Ensino Secundário (15,4%), trinta e um elementos possuem o Ensino Superior (7,8%) e quatro elementos sabem ler e escrever mas não têm como habilitações o 1º Ciclo do Ensino Básico (1%).

No que se refere à relação entre o sucesso na cessação tabágica em função das habilitações académicas, conclui-se da análise do Quadro 75 que, os indivíduos que apresentam mais habilitações académicas obtiveram mais sucesso na cessação tabágica ao longo do tempo (média dos rankings). No entanto, esta relação só apresenta resultado estatisticamente significativo aos 3 meses de seguimento ($p=0,033$).

Neste sentido, aceita-se a hipótese de que as habilitações académicas interferem no sucesso da cessação tabágica, a curto prazo (três meses de seguimento).

Quadro 75 - Representação do sucesso na cessação tabágica em função das habilitações académicas

| Sucesso na Cessação Tabágica/ habilitações académicas | | n | Média dos Rankings | Z | Sig. |
|----------------------------------------------------------|-----|-----|-----------------------|--------|--------------|
| Sucesso na última consulta | Não | 259 | 192,81 | -1,282 | 0,200 |
| | Sim | 136 | 207,88 | | |
| Sucesso aos 3 meses | Não | 326 | 192,54 | -2,126 | 0,033 |
| | Sim | 69 | 223,81 | | |
| Sucesso aos 6 meses | Não | 344 | 196,87 | -1,595 | 0,111 |
| | Sim | 51 | 205,61 | | |

Teste U de Mann Whitney

Hipótese 4: O apoio familiar para a cessação tabágica influencia o sucesso da cessação tabágica

Dos cento e cinquenta e um processos consultados com registo na variável, apoio familiar, constata-se que, cento e trinta e seis elementos apresentam um bom apoio familiar que os poderá ajudar a deixar de fumar. Relativamente à existência de outros fumadores na família, cinquenta e oito elementos referem ter outros fumadores na família e noventa e dois elementos não têm mais fumadores em casa para além do próprio.

Da análise do Quadro 76 podemos verificar que, existem diferenças estatisticamente significativas entre o apoio familiar e o sucesso na cessação tabágica aos três meses ($p=0,004$) e seis meses ($p=0,002$), verificando-se que, os que não apresentam apoio familiar são os que têm mais sucesso na cessação tabágica aos três (46,7%) e seis meses (40%). Já os que apresentam apoio familiar apenas cerca de 16% têm sucesso na cessação tabágica aos três meses e cerca de 11% aos seis meses. Neste sentido, aceita-se a hipótese de que o apoio familiar influencia o sucesso da cessação tabágica.

Quadro 76 - Representação do sucesso na cessação tabágica em função do apoio familiar dos elementos da amostra

| | | Apoio familiar | | | | | Chi-Square | Sig. |
|---------------------------------------------|-------|----------------|------|-----|------|-------|------------|--------------|
| | | Não | | Sim | | Total | | |
| | | n | % | n | % | n | | |
| Sucesso na cessação tabágica aos 3 meses | Não | 8 | 53,3 | 114 | 83,8 | 122 | 8,094 | 0,004 |
| | Sim | 7 | 46,7 | 22 | 16,2 | 29 | | |
| | Total | 15 | - | 136 | - | 151 | | |
| Sucesso na cessação tabágica aos 6 meses | Não | 9 | 60,0 | 121 | 89,0 | 130 | 9,470 | 0,002 |
| | Sim | 6 | 40,0 | 15 | 11,0 | 21 | | |
| | Total | 15 | - | 136 | - | 151 | | |

Teste do Qui-Quadrado

Hipótese 5: O número de cigarros que os elementos da amostra referem conseguir reduzir, sem grande esforço, influencia o sucesso da cessação tabágica

Cento e trinta e um elementos referem que conseguem deixar de fumar e vinte e dois elementos referem que não se consideram capazes de deixar de fumar ($n=153$). Cento e quarenta e um elementos referem, conseguir reduzir o número de cigarros e treze referem não conseguir ($n=154$).

Relativamente aos elementos que referem deixar de fumar (n=123), a média refere conseguir reduzir 10,10 cigarros/dia, com um desvio padrão de 5,80 cigarros/dia.

Da análise do Quadro 77 podemos concluir que, existem diferenças estatisticamente significativas entre o número de cigarros que conseguiria reduzir sem grande esforço e o sucesso da cessação tabágica na última consulta (p=0,025) e aos três meses (p=0,005). Os elementos que manifestam conseguir reduzir mais cigarros, são os que apresentam mais insucesso na cessação tabágica. Neste sentido, aceita-se a hipótese formulada de que, o número de cigarros que os elementos da amostra conseguiriam reduzir, sem grande esforço, influencia o sucesso da cessação tabágica.

Quadro 77 - Representação do sucesso na cessação tabágica em função do número de cigarros que os elementos da amostra conseguiriam reduzir

| Sucesso na Cessação Tabágica/ número de cigarros que conseguiria reduzir sem grande esforço | | n | Média dos Rankings | Z | Sig. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----------------------|--------|-------|
| Sucesso na última consulta | Não | 78 | 68,55 | -2,241 | 0,025 |
| | Sim | 47 | 53,79 | | |
| Sucesso aos 3 meses | Não | 101 | 67,33 | -2,781 | 0,005 |
| | Sim | 24 | 44,79 | | |
| Sucesso aos 6 meses | Não | 109 | 65,39 | -1,955 | 0,051 |
| | Sim | 16 | 46,72 | | |

Teste U de Mann Whitney

Hipótese 6: O tempo que esteve sem fumar, em tentativas de cessação anteriores, influencia o sucesso da cessação tabágica

Cento e vinte e dois elementos da amostra já fizeram pelo menos uma tentativa para deixar de fumar e trinta e sete elementos não fizeram qualquer tentativa (n=159). Dos cento e vinte e dois elementos que fizeram pelo menos uma tentativa para deixar de fumar, cento e dezoito referiram-se à estratégia utilizada: oitenta e cinco elementos referiram não ter utilizado estratégia nenhuma, vinte e seis elementos referiram ter feito medicação específica, quatro referiram ter feito acupunctura e três utilizado “rebuçados”. Dos cento e vinte elementos que fizeram pelo menos uma tentativa para deixar de fumar, cento e onze referiram-se ao tempo que estiveram sem fumar: a maior parte deles esteve sem fumar menos de um mês (64 elementos), treze elementos referem ter estado sem fumar um mês, dezoito elementos referem ter estado sem fumar entre dois a seis meses, seis elementos estiveram sem fumar de sete a doze meses e finalmente, dez elementos estiveram sem fumar mais de um ano.

Da análise do Quadro 78 podemos constatar que, não existe relação estatisticamente significativa entre o tempo em que os elementos da amostra estiveram sem fumar em tentativas de cessação tabágica anteriores e o sucesso da cessação tabágica na última consulta. No entanto, verifica-se que existe uma relação muito significativa e significativa entre o tempo em que os elementos da amostra estiveram sem fumar, em tentativas anteriores e o sucesso da cessação tabágica aos três (p=0,004) e seis meses (p=0,024), respectivamente. Nesta perspectiva conclui-

se que, quanto maior for o tempo em que cada elemento esteve sem fumar, em tentativas de cessação tabágica anteriores, maior é a probabilidade de sucesso na cessação tabágica. Desta forma, aceita-se a hipótese formulada de que o tempo que esteve sem fumar, em tentativas de cessação anteriores, influencia o sucesso da cessação tabágica.

Quadro 78 - Representação do sucesso na cessação tabágica em função do tempo que os elementos da amostra estiveram sem fumar em tentativas anteriores

| Sucesso na Cessação Tabágica/ Tempo que os elementos estiveram sem fumar em tentativas anteriores | | n | Média dos Rankings | Z | Sig. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|-----------------------|--------|--------------|
| Sucesso na última consulta | Não | 69 | 52,86 | -1,470 | 0,141 |
| | Sim | 42 | 61,15 | | |
| Sucesso aos 3 meses | Não | 88 | 52,02 | -2,844 | 0,004 |
| | Sim | 23 | 71,22 | | |
| Sucesso aos 6 meses | Não | 94 | 53,37 | -2,264 | 0,024 |
| | Sim | 17 | 70,56 | | |

Teste U de Mann Whitney

Hipótese 7: O grau de motivação para parar de fumar influencia o sucesso da cessação tabágica

O grau de motivação para parar de fumar foi avaliado pelo teste de Motivação de Richmond que é constituído por quatro questões.

Relativamente à questão se gostaria de deixar de fumar se pudesse fazê-lo facilmente, dos duzentos e trinta e oito processos consultados com registo nesta variável, verifica-se que cento e trinta e um elementos gostariam de deixar de fumar se pudessem fazê-lo facilmente e cento e sete elementos referem que não gostariam deixar de fumar se pudessem fazê-lo facilmente.

Relativamente ao facto de terem realmente vontade de deixar de fumar, a maior parte referem ter muita vontade de deixar de fumar (154 elementos), setenta elementos referem ter alguma vontade de deixar de fumar e catorze elementos manifestam pouca vontade de deixar de fumar.

Perante a questão se acreditam que conseguirão deixar de fumar nas próximas duas semanas verifica-se que, noventa e seis elementos provavelmente acreditam conseguir deixar de fumar nas próximas duas semanas, sessenta elementos referem que talvez acreditem, quarenta e oito referem com certeza acreditar que conseguem deixar de fumar nas próximas duas semanas e finalmente, trinta e quatro elementos referem não acreditar conseguir deixar de fumar nas próximas duas semanas. Neste sentido, verifica-se que a distribuição das frequências nesta categoria, é relativamente homogénea.

Finalmente, perante a questão se pensa que será ex-fumador dentro de seis meses, a maior parte dos duzentos e trinta e oito elementos pensam que, provavelmente, serão ex-fumadores nos próximos seis meses, noventa e oito elementos afirmam com certeza que nos

próximos seis meses serão ex-fumadores, quinze elementos referem que podem ser e, cinco elementos pensam que dificilmente serão ex-fumadores nos próximos seis meses (Quadro 79).

Para concluir, dos duzentos e trinta e oito processos consultados com registo de teste de Richmond, obteve-se uma média do teste de motivação de Richmond de 7,10, traduzindo uma motivação moderada para deixar de fumar, com um desvio padrão de 1,74.

No que se refere à relação entre o grau de motivação para parar de fumar e o sucesso da cessação tabágica verifica-se que, esta apresenta uma relação altamente significativa aquando da última consulta ($p=0,000$) e significava aos três meses de seguimento ($p=0,023$), sendo que, os elementos que apresentam maior índice de motivação para parar e fumar são os que apresentam maior sucesso na cessação tabágica, a curto prazo.

No entanto, esta relação de significância não se mantém a meio prazo, isto é, aos seis meses de seguimento.

Assim, podemos concluir que, neste estudo, aceita-se a hipótese formulada: o grau de motivação para parar de fumar influencia o sucesso da cessação tabágica, acrescentando o factor a curto prazo.

Quadro 79 - Representação do sucesso na cessação tabágica em função do grau de motivação para a cessação tabágica

| Sucesso na Cessação Tabágica/ grau de motivação para a cessação tabágica | | N | Média dos Rankings | Z | Sig. |
|--------------------------------------------------------------------------|-----|-----|--------------------|--------|-------|
| Sucesso na última consulta | Não | 57 | 108,08 | -3,637 | 0,000 |
| | Sim | 81 | 141,64 | | |
| Sucesso aos 3 meses | Não | 198 | 115,04 | -2,271 | 0,023 |
| | Sim | 40 | 141,60 | | |
| Sucesso aos 6 meses | Não | 212 | 116,82 | -1,753 | 0,080 |
| | Sim | 26 | 141,38 | | |

Teste U de Mann Whitney

Hipótese 8: O grau de dependência tabágica influencia o sucesso da cessação tabágica

O grau de dependência tabágica foi operacionalizado através da Escala de Fagestrom para Avaliação do Grau de Dependência Tabágica, composto por seis questões.

Relativamente à primeira questão: "Quanto tempo depois de acordar fuma o primeiro cigarro?", dos trezentos e noventa e um processos com registo desta variável, a maior parte deles (185 elementos) fuma o primeiro cigarro entre os seis a trinta minutos depois de acordar, seguindo-se os que fumam o primeiro cigarro entre os trinta e um a sessenta minutos (92 elementos), depois os que fumam o primeiro cigarro em menos de cinco minutos depois de acordar (85 elementos), e finalmente, vinte e nove elementos que referem fumar o primeiro cigarro depois dos sessenta e um minutos de acordar.

Na questão: "Sente dificuldade na contenção do uso do tabaco em lugares onde é proibido fumar?", a maior parte (215 elementos) referem ter dificuldade na contenção do uso do tabaco em lugares onde é proibido fumar enquanto, os restantes cento e setenta e seis elementos, referem não ter dificuldade na contenção do uso de tabaco.

No que se refere à terceira questão: “Qual o cigarro que mais dificuldade teria em não fumar?”, a maior parte dos elementos referem que o cigarro que mais dificuldade teriam em não fumar é o primeiro da manhã (272 elementos), sendo que os restantes cento e dezanove elementos referem que seria outro qualquer, sem ser o primeiro da manhã.

Na questão: “Quantos cigarros fuma habitualmente por dia?”, a maior parte dos elementos referem fumar entre onze e vinte cigarros/dia (176 elementos), cento e vinte e um elementos referem fumar entre vinte e um a trinta cigarros/dia, sessenta e três elementos referem fumar mais de trinta e um cigarros/dia e apenas trinta e um elementos fuma menos de dez cigarros/dia.

Na quinta questão: “Fuma mais frequentemente durante as primeiras horas depois de acordar do que durante o resto do dia?”, a maior parte dos elementos referem fumar mais durante as primeiras horas depois de acordar do que durante o resto do dia (217 elementos). No entanto, cento e setenta e quatro elementos, referem fumar menos durante as primeiras horas depois de acordar do que no resto do dia.

Finalmente, a sexta questão: “Fuma quando está doente e acamado?”, a maior parte dos elementos referem fumar quando estão doentes e acamados (239 elementos). No entanto, cento e cinquenta e dois elementos referem não fumar quando doentes ou acamados.

Desta forma, dos trezentos e noventa e um processos consultados com registo nessa variável, a média do grau de dependência é de 5,81, muito próxima de um elevado grau de dependência (maior ou igual a seis) com um desvio padrão de 2,09.

Da análise do Quadro 80 conclui-se que, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na maior parte dos itens da escala de dependência tabágica na última consulta, aos três e seis meses. Verificaram-se, no entanto, diferenças estatisticamente significativas no item quantos cigarros fuma por dia, na última consulta, o que significa que, independentemente, da altura da última consulta, as pessoas que em média consomem um menor número de cigarros apresentam mais sucesso na cessação tabágica ($p=0,026$). Situação que não acontece aos três e seis meses. De facto, a quantidade de consumo de cigarros é um factor importante no curto prazo, mas que não é sustentável no tempo.

Verifica-se também que, o facto de se fumar quando se está doente é um factor que contribui para o insucesso na cessação tabágica a um médio prazo, isto é aos três ($p=0,013$) e seis meses ($p=0,012$).

No que se refere ao total da dependência tabágica, da análise do Quadro 80, verifica-se que, quanto menor for a dependência tabágica maior é a possibilidade de sucesso na cessação tabágica aos três meses ($p=0,018$), o que nos leva a aceitar a hipótese considerada.

Quadro 80 - Representação do sucesso na cessação tabágica em função do grau de dependência tabágica (Teste de Fagestrom)

| Sucesso na Cessação Tabágica/ Grau de dependência tabágica | | | n | Média dos Rankings | Z | p |
|------------------------------------------------------------|----------------------------|---------|------------|--------------------|--------|--------------|
| Quanto tempo depois de acordar fuma o primeiro cigarro | Sucesso na última consulta | Não Sim | 255 136 | 202,9 183,0 | -1,780 | 0,075 |
| | Sucesso aos 3 meses | Não Sim | 322 69 | 198,8 182,9 | -1,136 | 0,256 |
| | Sucesso aos 6 meses | Não Sim | 340 51 | 197,0 190,0 | -0,463 | 0,643 |
| Sente dificuldades em não fumar onde é proibido fumar | Sucesso na última consulta | Não Sim | 255 136 | 189,7 207,8 | -1,752 | 0,080 |
| | Sucesso aos 3 meses | Não Sim | 322 69 | 196,6 193,3 | -0,251 | 0,802 |
| | Sucesso aos 6 meses | Não Sim | 340 51 | 194,9 203,5 | -0,590 | 0,555 |
| Qual o cigarro que mais teria em não fumar | Sucesso na última consulta | Não Sim | 255 136 | 193,4 200,9 | -0,782 | 0,434 |
| | Sucesso aos 3 meses | Não Sim | 322 69 | 197,8 187,5 | -0,864 | 0,388 |
| | Sucesso aos 6 meses | Não Sim | 340 51 | 195,7 198,0 | -0,170 | 0,865 |
| Quantos cigarros fuma por dia | Sucesso na última consulta | Não Sim | 255 136 | 204,7 179,7 | -2,227 | 0,026 |
| | Sucesso aos 3 meses | Não Sim | 322 69 | 199,8 178,3 | -1,535 | 0,125 |
| | Sucesso aos 6 meses | Não Sim | 340 51 | 199,1 175,1 | -1,517 | 0,129 |
| Fuma mais durante a manhã do que o resto do dia | Sucesso na última consulta | Não Sim | 255 136 | 199,4 189,6 | -0,956 | 0,339 |
| | Sucesso aos 3 meses | Não Sim | 322 69 | 200,4 175,3 | -1,945 | 0,052 |
| | Sucesso aos 6 meses | Não Sim | 340 51 | 196,8 191,0 | -0,394 | 0,694 |
| Fuma quando está doente ou acamado | Sucesso na última consulta | Não Sim | 255 136 | 199,2 190,1 | -0,899 | 0,369 |
| | Sucesso aos 3 meses | Não Sim | 322 69 | 201,6 170,0 | -2,494 | 0,013 |
| | Sucesso aos 6 meses | Não Sim | 340 51 | 200,7 164,7 | -2,515 | 0,012 |
| Total do Grau de dependência tabágica | Sucesso na última consulta | Não Sim | 255 136 | 203,5 181,9 | -1,818 | 0,069 |
| | Sucesso aos 3 meses | Não Sim | 322 69 | 202,2 167,2 | -2,357 | 0,018 |
| | Sucesso aos 6 meses | Não Sim | 340 51 | 198,7 178,0 | -1,232 | 0,218 |

Teste U de Mann Whitney

Hipótese 9: O número total de consultas influencia o sucesso da cessação tabágica

A média do número de consultas dos trezentos e noventa e cinco elementos da amostra é de 3,73 consultas, com um desvio padrão de 2,99 consultas, sendo que a amplitude de variação vai desde elementos que fizeram apenas uma consulta até elementos que fizeram vinte e três consultas (Quadro 81).

Da análise do Quadro 81, pode concluir-se que, o número total de consultas constitui uma variável que influencia de forma altamente significativa o sucesso na cessação tabágica na última consulta, aos três meses e aos seis meses ($p=0,000$). Neste sentido, verifica-se que quanto

maior for a utilização das consultas de cessação tabágica pelos elementos da amostra maior é o sucesso na cessação tabágica, o que nos leva a aceitar a hipótese considerada.

Quadro 81 - Representação do sucesso na cessação tabágica em função do número total de consultas de cessação tabágica

| Sucesso na Cessação Tabágica/ Número total de consultas | | n | Média dos Ranking | Z | p |
|------------------------------------------------------------|-----|-----|----------------------|---------|-------|
| Sucesso na última consulta | Não | 259 | 153,78 | -10,774 | 0,000 |
| | Sim | 136 | 282,22 | | |
| Sucesso aos 3 meses | Não | 326 | 170,46 | -10,568 | 0,000 |
| | Sim | 69 | 328,11 | | |
| Sucesso aos 6 meses | Não | 344 | 176,63 | -9,797 | 0,000 |
| | Sim | 51 | 342,12 | | |

Teste U de Mann Whitney

Hipótese 10: O número de cigarros consumidos nas várias consultas influencia o sucesso da cessação tabágica

Dos trezentos e noventa e cinco elementos da amostra, apenas cento e trinta e seis (34,4%) estavam abstinentes aquando da última consulta. Destes apenas sessenta e nove (17,5%) indivíduos estão abstinentes aos três meses e finalmente destes, apenas cinquenta e um (12,9%) estão abstinentes aos seis meses, o que traduz as dificuldades que as pessoas sentem quando querem deixar de fumar e simultaneamente as experiências de insucesso (recaída) que têm de passar até finalmente conseguirem.

Da análise do Quadro 82, podemos concluir que, o consumo de cigarros na segunda, terceira, quarta, quinta, sexta e sétimas consultas interfere de forma estatisticamente significativa com o sucesso da cessação tabágica aos três e seis meses de seguimento, sendo que os elementos que consomem em média mais cigarros são os que têm mais insucesso na cessação tabágica aos três e seis meses.

Também o consumo de cigarros, na primeira consulta, interfere de forma significativa no sucesso da cessação tabágica aos três meses, sendo que os elementos que, em média, consomem menos cigarros são os que têm mais sucesso na cessação tabágica aos três meses ($p=0,012$). Não se verificou relação entre o consumo de cigarros na primeira consulta e o sucesso da cessação tabágica aos seis meses.

Por existirem poucos elementos que frequentaram a oitava consulta, com registo de insucesso aos três meses, não é possível relacionar as variáveis. Já na consulta dos seis meses verifica-se relação estatisticamente significativa entre o consumo de cigarros e o sucesso da cessação tabágica. Isto é, verifica-se que os elementos que consomem menos cigarros, na oitava consulta, são os que têm mais sucesso na cessação tabágica aos seis meses.

Desta forma, aceita-se a hipótese considerada: o número de cigarros consumidos nas várias consultas influencia o sucesso da cessação tabágica.

Quadro 82 - Representação do sucesso na cessação tabágica aos 3 e 6 meses de seguimento em função do número de cigarros consumidos nas várias consultas

| Sucesso na Cessação Tabágica/ Consumo de cigarros nas várias consultas | | | n | Média dos Rankings | Z | p |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----|-----|--------------------|--------|-------|
| 1ª Consulta | Sucesso aos 3 meses | Não | 325 | 203,9 | -2,515 | 0,012 |
| | | Sim | 69 | 167,4 | | |
| | Sucesso aos 6 meses | Não | 343 | 201,5 | -1,865 | 0,062 |
| | | Sim | 51 | 170,8 | | |
| 2ª Consulta | Sucesso aos 3 meses | Não | 229 | 159,3 | -3,597 | 0,000 |
| | | Sim | 69 | 117,1 | | |
| | Sucesso aos 6 meses | Não | 247 | 156,4 | -3,070 | 0,002 |
| | | Sim | 51 | 116,1 | | |
| 3ª Consulta | Sucesso aos 3 meses | Não | 156 | 124,7 | -4,162 | 0,000 |
| | | Sim | 69 | 86,7 | | |
| | Sucesso aos 6 meses | Não | 174 | 119,6 | -2,910 | 0,004 |
| | | Sim | 51 | 90,4 | | |
| 4ª Consulta | Sucesso aos 3 meses | Não | 99 | 96,4 | -5,052 | 0,000 |
| | | Sim | 65 | 61,3 | | |
| | Sucesso aos 6 meses | Não | 115 | 92,1 | -4,346 | 0,000 |
| | | Sim | 49 | 59,9 | | |
| 5ª Consulta | Sucesso aos 3 meses | Não | 58 | 68,2 | -3,808 | 0,000 |
| | | Sim | 56 | 46,5 | | |
| | Sucesso aos 6 meses | Não | 67 | 66,5 | -3,768 | 0,000 |
| | | Sim | 47 | 44,7 | | |
| 6ª Consulta | Sucesso aos 3 meses | Não | 37 | 54,4 | -4,344 | 0,000 |
| | | Sim | 47 | 33,1 | | |
| | Sucesso aos 6 meses | Não | 42 | 53,1 | -4,376 | 0,000 |
| | | Sim | 42 | 31,9 | | |
| 7ª Consulta | Sucesso aos 3 meses | Não | 21 | 46,1 | -5,620 | 0,000 |
| | | Sim | 40 | 23,1 | | |
| | Sucesso aos 6 meses | Não | 26 | 42,8 | -5,196 | 0,000 |
| | | Sim | 35 | 22,3 | | |
| 8ª Consulta | Sucesso aos 3 meses | Não | 12 | 30,1 | -- | -- |
| | | Sim | 29 | 17,2 | | |
| | Sucesso aos 6 meses | Não | 17 | 28,1 | -4,217 | 0,000 |
| | | Sim | 24 | 16,0 | | |

Nota: -- = não é possível relacionar
Teste U de Mann Whitney

Hipótese 11: O tipo de tratamento farmacológico influencia o sucesso na cessação tabágica

Do total dos trezentos e noventa e cinco elementos da amostra, cento e cinquenta e quatro elementos (39%) não fizeram qualquer tipo de medicação na consulta. Dos restantes que fizeram medicação, sessenta e três elementos (15,9%) fizeram a cessação tabágica com bupropiona e outros sessenta e três elementos (15,9%) com transdérmicos de nicotina, trinta e nove elementos (9,9%) com vareniclina, trinta e cinco elementos (8,9%) com ansiolíticos, dezanove elementos (4,8%) com transdérmicos e pastilhas de nicotina, nove elementos (2,3%) com pastilhas de nicotina, sete elementos com antidepressivo e ansiolíticos e finalmente três elementos com pastilhas de nicotina e ansiolíticos e outros três elementos com vareniclina e suplementos de pastilhas de nicotina.

De forma a responder aos critérios do teste Qui-quadrado, as categorias acima referidas foram recategorizadas em quatro categorias: Tratamento inespecífico (nenhum tratamento ou tratamento com ansiolíticos e/ou antidepressivos), Vareniclina (tratamento com vareniclina ou vareniclina com suplementos de pastilhas de nicotina), Bupropiona (tratamento com bupropiona),

Nicotina (tratamento com transdérmicos e pastilhas de nicotina ou com suplementos com ansiolíticos).

Da análise do Quadro 83, podemos concluir que, o tipo de tratamento farmacológico, influencia de forma altamente significativa o sucesso da cessação tabágica aquando da última consulta, aos três e seis meses ($p=0,000$). Neste sentido, pudemos verificar, no que diz respeito ao sucesso na última consulta que, quem não fez tratamento específico, não apresenta sucesso na cessação tabágica. Pelo contrário, quem fez tratamento específico como a vareniclina, bupropiona e nicotina apresentam, por ordem decrescente, maiores níveis de sucesso aquando da última consulta. Neste sentido, aceita-se a hipótese de que o tipo de tratamento influencia o sucesso na cessação tabágica.

No que se refere ao sucesso aos três meses verifica-se que, a maior parte dos elementos que não fizeram tratamento específico, não têm sucesso (94,4%). No entanto, verifica-se que cerca de 22% dos elementos que fizeram transdérmicos e/ou pastilhas de nicotina, 29% dos que fizeram vareniclina e cerca de 40% dos que fizeram bupropiona apresentam sucesso na cessação tabágica aos três meses.

Relativamente ao sucesso aos seis meses verifica-se que, a maior parte dos elementos que não fizeram tratamento específico, não têm sucesso na cessação tabágica (97%). No entanto, verifica-se que cerca de 18% dos elementos que fizeram transdérmicos e/ou pastilhas de nicotina, 22% dos que fizeram vareniclina e cerca de 30% dos que fizeram bupropiona apresentam sucesso na cessação tabágica aos seis meses.

Dos resultados obtidos aceita-se a hipótese de que o tipo de tratamento farmacológico influencia de forma altamente significativa o sucesso da cessação tabágica aquando da última consulta, aos três e seis meses. Relativamente ao sucesso aos seis meses verifica-se que a maior parte dos elementos que não fizeram tratamento específico não têm sucesso na cessação tabágica.

Quadro 83 - Representação do sucesso na cessação tabágica em função do tipo de tratamento farmacológico

| | | Tratamento | | | | | | | | | Chi-Square | Sig. |
|----------------------------|-------|--------------|------|-------------|------|------------|------|----------|------|-------|------------|-------|
| | | Inespecífico | | Vareniclina | | Bupropiona | | Nicotina | | Total | | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | | |
| Sucesso na última consulta | Não | 171 | 87,2 | 17 | 40,5 | 26 | 41,3 | 45 | 47,9 | 259 | 82,022 | 0,000 |
| | Sim | 25 | 12,8 | 25 | 59,5 | 37 | 58,7 | 49 | 52,1 | 136 | | |
| | Total | 196 | - | 42 | - | 63 | - | 94 | - | 395 | | |
| Sucesso aos 3 meses | Não | 185 | 94,4 | 30 | 71,4 | 38 | 60,3 | 73 | 77,7 | 326 | 45,813 | 0,000 |
| | Sim | 11 | 5,6 | 12 | 28,6 | 25 | 39,7 | 21 | 22,3 | 69 | | |
| | Total | 196 | - | 42 | - | 63 | - | 94 | - | 395 | | |
| Sucesso aos 6 meses | Não | 190 | 97,0 | 33 | 78,6 | 44 | 70,0 | 77 | 82,0 | 344 | 38,527 | 0,000 |
| | Sim | 6 | 3,0 | 9 | 21,4 | 19 | 30,0 | 17 | 18,0 | 51 | | |
| | Total | 196 | - | 42 | - | 63 | - | 94 | - | 395 | | |

Teste Qui-Quadrado

Hipótese 12: A cessação tabágica influencia os parâmetros biológicos: peso, pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica

Relativamente aos parâmetros biológicos: o peso, a pressão arterial sistólica e a pressão arterial diastólica, foram colhidos dados acerca da sua avaliação, na primeira e última consulta. Neste sentido, foi feito o teste para amostras emparelhadas de Wilcoxon de modo a avaliar o efeito das consultas de cessação tabágica sobre os parâmetros biológicos considerados. É de referir que em indivíduos que só frequentaram uma consulta o valor foi repetido na fase inicial e na fase final.

Da análise do Quadro 84, podemos constatar que, em todos os parâmetros, se verificaram diferenças altamente significativas desde o momento inicial até ao final, o que demonstra que as consultas de cessação tabágica têm impacto significativo no peso e pressão arterial.

Relativamente ao peso, podemos concluir que, em média a frequência das consultas de cessação tabágica, nos elementos da amostra, contribuiu para um aumento em média de 1,17Kg. Em relação às variáveis pressão arterial sistólica e diastólica constata-se que, a frequência às consultas de cessação tabágica permitiu reduzir, em média, 3mmHg na pressão arterial sistólica e 2,1mmHg na pressão arterial diastólica.

Quadro 84 – Resultados da análise da distribuição dos elementos da amostra em função da observação inicial e final, segundo as variáveis: peso, pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica

| itens | Inicial | | | Final | | | $\bar{X}_1 - \bar{X}_2$ | Z | Sig. |
|-----------------------------|---------|-------------|-------|-------|-------------|-------|-------------------------|--------|-------|
| | n | \bar{X}_1 | SD | n | \bar{X}_2 | SD | | | |
| Peso | 363 | 70,29 | 13,89 | 363 | 71,46 | 14,07 | -1,17 | -6,955 | 0,000 |
| Pressão Arterial Sistólica | 365 | 125,7 | 19,10 | 365 | 122,7 | 18,50 | 3 | -4,426 | 0,000 |
| Pressão Arterial Diastólica | 365 | 74,70 | 11,26 | 365 | 72,60 | 10,89 | 2,1 | -4,332 | 0,000 |

Teste de Wilcoxon

2.3 - ANÁLISES EXPLORATÓRIAS

De seguida encontram-se os resultados das análises exploratórias consideradas neste estudo.

Análise da relação entre o número de cigarros que fumavam na primeira consulta, o grau de dependência tabágica, o grau de motivação para a cessação tabágica, o número total de consultas de cessação tabágica e o tipo de tratamento farmacológico em função da idade dos elementos da amostra

Relativamente à análise exploratória apresentada, podemos concluir da interpretação do Quadro 85 que, o número de cigarros que os elementos da amostra fumavam na primeira consulta

apresenta uma relação estatisticamente significativa ($p=0,025$) com a idade dos elementos da amostra. De facto, os elementos com mais idade são os que apresentam um maior consumo, em número de cigarros, na primeira consulta.

No que se refere ao grau de dependência tabágica e ao grau de motivação para a cessação tabágica, podemos concluir que, apesar dos elementos da amostra com mais idade apresentarem um maior grau de dependência de nicotina ($p=0,106$) e um maior grau de motivação para a cessação tabágica ($p=0,677$), estas relações não são estatisticamente significativas.

Relativamente à relação entre o número de consultas frequentadas em função da idade dos elementos da amostra, podemos concluir (Quadro 85) que, existe uma relação altamente significativa entre as duas variáveis ($p=0,000$). Assim, os elementos com mais idade foram os que frequentaram um maior número de consultas de cessação tabágica.

Quadro 85 – Representação do número de cigarros que os elementos da amostra fumam na primeira consulta, do grau de dependência de nicotina e do grau de motivação de Richmond e do número de consultas que frequentaram em função da idade dos elementos da amostra

| Variáveis/ Idade | n | Z | Sig. |
|-----------------------------------------------------|-----|-------|--------------|
| Número de cigarros que fumavam na primeira consulta | 394 | 0,113 | 0,025 |
| Grau de Dependência Tabágica | 391 | 0,082 | 0,106 |
| Grau de Motivação (Teste de Richmond) | 238 | 0,027 | 0,677 |
| Número de consultas frequentadas | 395 | 0,202 | 0,000 |

Teste Ró de Spearman

Relativamente à relação entre o tipo de tratamento farmacológico e a idade dos elementos da amostra, podemos concluir, da análise do Quadro 86 que, a idade dos elementos da amostra não interfere com a opção farmacológica ($p=0,132$). Pelo que se constata a não existência de relação entre a idade e o tipo de tratamento farmacológico para a cessação tabágica.

Quadro 86 - Representação do tipo de tratamento em função da idade dos elementos da amostra

| | Tratamento (n) | | | | Chi-Square | Sig. |
|-------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|----------|------------|-------|
| | Nada, antidepressivo ou ansiolítico | Vareniclina, vareniclina e nicotina | Bupropiona, bupropiona e nicotina | Nicotina | | |
| Idade | 196 | 42 | 63 | 94 | 5,605 | 0,132 |

Teste de Kruskal-Wallis

Análise da relação entre o número de cigarros que fumavam na primeira consulta, o grau de dependência tabágica, o grau de motivação para a cessação tabágica, o número total de consultas de cessação tabágica e o tipo de tratamento farmacológico em função do sexo dos elementos da amostra

Relativamente à análise exploratória apresentada, podemos concluir da interpretação do Quadro 87 que, cerca de metade dos elementos da amostra não fizeram tratamento específico para a cessação tabágica (isto é, não fizeram tratamento nenhum, ou fizeram um antidepressivo

ou um ansiolítico). Dos elementos que fizeram tratamento específico para a cessação tabágica, foram uniformemente distribuídos pelas grandes categorias: vareniclina, bupropiona e nicotina.

Relativamente à relação entre o tratamento para a cessação tabágica e o sexo podemos constatar que, não existe uma relação estatisticamente significativa ($p=0,268$) entre as duas variáveis. Isto é, não houve diferenciação na indicação ou opção farmacológica consoante se tratou do sexo feminino ou masculino.

Quadro 87 - Representação do tipo de tratamento em função do sexo dos elementos da amostra

| | | Tratamento | | | | Chi-Square | Sig. |
|------|-----------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|----------|------------|-------|
| | | Nada, antidepressivo ou ansiolítico | Vareniclina, vareniclina e nicotina | Bupropiona, bupropiona e nicotina | Nicotina | | |
| Sexo | Feminino | 64 | 20 | 25 | 32 | 3,940 | 0,268 |
| | Masculino | 132 | 22 | 38 | 62 | | |

Teste do Qui-Quadrado

Relativamente à variável número de cigarros que os elementos da amostra fumavam na primeira consulta, podemos concluir, na análise do Quadro 88 que, os elementos do sexo masculino foram os que apresentaram uma maior média nos Rankings, o que traduz um maior consumo de cigarros na primeira consulta pelos elementos do sexo masculino, quando comparados com os elementos do sexo feminino, com presença de uma relação estatística altamente significativa ($p=0,000$).

Da análise da relação entre o grau de dependência da nicotina (Teste de Fagestrom) e o sexo, podemos concluir que, existe uma relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ($p=0,05$). Assim, os elementos do sexo masculino são os que apresentam um maior grau de dependência de nicotina, quando comparados com os elementos do sexo feminino.

Relativamente ao grau de motivação para a cessação tabágica (teste de Richmond), podemos interpretar, da análise do Quadro 88 que, apesar dos elementos do sexo masculino apresentarem uma maior média dos Rankings, traduzindo um maior grau de motivação para a cessação tabágica, quando comparado com os elementos do sexo feminino, não se verifica existir uma relação estatisticamente significativa ($p=0,059$) entre o grau de motivação para a cessação tabágica e o sexo.

Finalmente, relativamente à relação existente entre o número de consultas frequentadas em função do sexo dos elementos da amostra, verifica-se que esta relação não é estatisticamente significativa ($p=0,904$). Isto é, a média dos rankings relativamente ao número de consultas frequentadas em função do sexo é muito próxima, apresentando os elementos do sexo masculino, uma maior média dos rankings (Quadro 88).

Quadro 88 - Representação do número de cigarros que fumam na primeira consulta, do grau de dependência de nicotina e do grau de motivação de Richmond e do número de consultas que frequentaram em função do sexo dos elementos da amostra

| | Sexo | n | % | Média dos Rankings | Z | Sig. |
|-----------------------------------------------------|-----------|-----|------|--------------------|--------|--------------|
| Número de cigarros que fumavam na primeira consulta | Feminino | 141 | 35,8 | 167,69 | -4,037 | 0,000 |
| | Masculino | 253 | 64,2 | 214,11 | | |
| Grau de Dependência Tabágica | Feminino | 141 | 36,1 | 181,27 | -1,957 | 0,050 |
| | Masculino | 250 | 63,9 | 204,31 | | |
| Grau de Motivação (Teste de Richmond) | Feminino | 90 | 37,8 | 108,92 | -1,887 | 0,059 |
| | Masculino | 148 | 62,2 | 125,94 | | |
| Número de Consultas frequentadas | Feminino | 141 | 35,7 | 197,08 | -0,121 | 0,904 |
| | Masculino | 254 | 64,3 | 198,51 | | |

Teste U de Mann Whitney

Análise da relação entre o número de cigarros que fumavam na primeira consulta, o grau de dependência tabágica, o grau de motivação para a cessação tabágica, o número total de consultas de cessação tabágica e o tipo de tratamento farmacológico em função das habilitações académicas dos elementos da amostra

Relativamente à análise exploratória apresentada, da análise do Quadro 89, podemos concluir que, existe uma relação altamente significativa ($p=0,000$) entre o consumo de cigarros na primeira consulta e o grau de dependência de nicotina em função das habilitações académicas dos elementos da amostra. Assim, os elementos da amostra que apresentavam, na primeira consulta, um maior consumo de cigarros e um maior grau de dependência de nicotina tinham habilitações académicas mais baixas. Por outro lado, os elementos da amostra com mais habilitações académicas consumiam, na primeira consulta, um menor número de cigarros e apresentavam menor grau de dependência de nicotina.

Apesar dos elementos da amostra com mais habilitações académicas, apresentarem um maior grau de motivação para a cessação tabágica e de terem frequentado um maior número de consultas de cessação tabágica, não existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis consideradas ($p=0,732$ e $p=0,399$, respectivamente) (Quadro 89).

Quadro 89 – Representação do número de cigarros que fumam na primeira consulta, do grau de dependência de nicotina e do grau de motivação de Richmond e do número de consultas que frequentaram em função das habilitações académicas dos elementos da amostra

| Variáveis/ Habilitações académicas | n | Z | Sig. |
|-----------------------------------------------------|------------|--------|--------------|
| Número de cigarros que fumavam na primeira consulta | 394 | -0,181 | 0,000 |
| Grau de Dependência Tabágica | 391 | -0,208 | 0,000 |
| Grau de Motivação (Teste de Richmond) | 238 | 0,022 | 0,732 |
| Número de consultas frequentadas | 395 | 0,043 | 0,399 |

Teste Ró de Spearman

No que se refere à análise exploratória entre as habilitações académicas dos elementos da amostra e o tipo de tratamento farmacológico utilizado, podemos concluir da análise do Quadro 90 que, não existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis consideradas ($p=0,703$).

Quadro 90 - Representação do tipo de tratamento em função das habilitações académicas dos elementos da amostra

| | Tratamento (n) | | | | Chi-Square | Sig. |
|-------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|----------|------------|-------|
| | Nada, antidepressivo ou ansiolítico | Vareniclina, vareniclina e nicotina | Bupropiona, bupropiona e nicotina | Nicotina | | |
| Habilitações académicas | 196 | 42 | 63 | 94 | 1,413 | 0,703 |

Teste de Kruskal-Wallis

Análise da relação entre as habilitações académicas, o número de cigarros que fumavam na primeira consulta, o grau de dependência tabágica, o grau de motivação para a cessação tabágica, o número total de consultas de cessação tabágica e o tipo de tratamento farmacológico em função do número de cigarros que os elementos da amostra referem conseguir reduzir

Da análise do Quadro 91, conclui-se que, existe relação estatística altamente significativa entre o número de cigarros que os elementos da amostra referem conseguir reduzir na primeira consulta e o número de cigarros que os elementos fumavam na primeira consulta ($p=0,000$), uma relação muito significativa entre o número de cigarros que os elementos da amostra referem conseguir reduzir na primeira consulta e o grau de dependência de nicotina ($p=0,002$). Finalmente, existe uma relação significativa entre o número de cigarros que os elementos da amostra referem conseguir reduzir na primeira consulta e as habilitações académicas dos elementos da amostra ($p=0,028$).

Assim, os elementos da amostra que, na primeira consulta, referem conseguir reduzir mais cigarros são os que fumam um maior número de cigarros e que têm maior grau de dependência de nicotina e menos habilitações académicas.

Por outro lado, não existe uma relação estatisticamente significativa entre o número de cigarros que os elementos da amostra referem conseguir reduzir na primeira consulta e o grau de motivação para a cessação tabágica ($p=0,057$) ou o número de consultas frequentadas por cada elemento no processo de cessação tabágica ($p=0,080$).

Quadro 91 – Representação das habilitações académicas, do número de cigarros que fumam na primeira consulta, do grau de dependência de nicotina e do grau de motivação de Richmond e do número de consultas que frequentaram em função do número de cigarros que os elementos da amostra referem conseguir reduzir na primeira consulta

| Variáveis/ | N | Z | Sig. |
|------------------------------------------------------------|----------|---------------|--------------|
| Habilitações académicas | 125 | -0,197 | 0,028 |
| Número de cigarros que fumavam na primeira consulta | 124 | 0,600 | 0,000 |
| Grau de Dependência Tabágica | 124 | 0,278 | 0,002 |
| Grau de Motivação (Teste de Richmond) | 72 | -0,226 | 0,057 |
| Número de consultas frequentadas | 125 | -0,157 | 0,080 |

Teste Ró de Spearman

3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo procedemos a uma síntese e apreciação crítica dos resultados, confrontando-os entre si e com o quadro teórico de referência, no sentido de evidenciar os seus significados e implicações. No final, são referidas algumas limitações identificadas no desenvolvimento do estudo.

A discussão dos resultados é organizada sequencialmente de modo a iniciar com a discussão dos resultados das hipóteses de investigação e posteriormente discutir os resultados das análises exploratórias.

3.1 – TESTE DAS HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Hipótese 1: A Idade influencia o sucesso da cessação tabágica

Neste estudo, a média da idade dos elementos da amostra, foi de 41,58 anos, com um desvio padrão de 12,68 anos, o que significa que, foi entre a terceira e quinta década que, mais pessoas procuraram a consulta de cessação tabágica. É de referir que, este intervalo de idades, corresponde ao intervalo de idades em que se verificam um maior número de fumadores. Realmente, segundo o Inquérito Nacional de Saúde de 2005/2006, a proporção mais elevada de fumadores diários concentrou-se entre os trinta e cinco e os quarenta e quatro anos (sexo masculino: 41,4%; sexo feminino: 19,1%), tendo a segunda maior prevalência sido observada entre os vinte e cinco e os trinta e quatro anos (sexo masculino: 34,5%; sexo feminino: 16,0%) (Machado, et al., 2009a, 2009b).

Estes resultados revelam que, é na terceira década, mas sobretudo na quarta década que os indivíduos fumadores, começam o processo de tomada de decisão da necessidade de deixarem de fumar. Esta altura da vida, coincide com uma altura em que habitualmente se inicia a síndrome associada ao consumo do tabaco, como: tosse, dispneia e cansaço fácil que ajudam o indivíduo na tomada de decisão para deixar de fumar. Inicialmente os indivíduos fazem tentativas para deixar de fumar, sem a ajuda dos profissionais da saúde e como muitos não conseguem manter a abstinência, recorrem às consultas de cessação tabágica.

Sabe-se também que, à medida que aumenta a idade, aumentam as tentativas para deixar de fumar, e como referem vários autores, à medida que se somam as tentativas para deixar de fumar, aumenta a probabilidade de êxito na cessação tabágica (Gourlay, et al., 1994;

Kauffman, et al., 2008b).

Neste estudo, conclui-se que, os elementos com mais idade foram os que conseguiram um maior sucesso na cessação tabágica aos três e seis meses de seguimento, o que nos leva a aceitar a hipótese formulada (Figura 5).

Estes resultados vão de encontro à perspectiva de Gourlay e colaboradores (1994) segundo os quais ter quarenta ou mais anos de idade constitui um factor promotor do sucesso na cessação tabágica. Também vários estudos referem que o aumento da idade é um dos factores predictores do sucesso na cessação tabágica (Caponnetto & Polosa, 2008; Dale et al., 2001; Kauffman, et al., 2008a; Kauffman, et al., 2008b; Morchon, et al., 2007; Shiffman, Brockwell, Pillitteri, & Gitchell, 2008). De facto, Villanti e colaboradores (2010) referem que, existe uma eficácia limitada da cessação do tabagismo e das intervenções para adultos jovens.

Para Nunes e colaboradores (2008), numa população de fumadores estima-se que cerca de 70% gostariam de deixar de fumar se o pudessem fazer com facilidade. No entanto, nem todos os fumadores, num dado momento, estão realmente motivados e preparados para iniciar esse processo. Tendo por base o resultado de vários estudos sobre a distribuição dos fumadores em função dos diferentes estádios de mudança, estima-se que cerca de 30% fazem uma tentativa anual para parar de fumar, e destes só alguns deixam efectivamente de fumar.

Segundo Nunes e colaboradores (2008) existe uma maior probabilidade de êxito em fumadores que já fizeram tentativas anteriores.

De facto, quanto maior é a idade maior é a probabilidade do indivíduo desenvolver tentativas para deixar de fumar e conseguir efectivamente deixar de fumar.

Hipótese 2: O sexo influencia o sucesso da cessação tabágica

Relativamente aos índices de procura por sexo, verificamos que foram os elementos do sexo masculino que mais procuraram as consultas de cessação tabágica, justificado pelo facto dos elementos do sexo masculino terem uma prevalência de consumo superior aos elementos do sexo feminino, sendo esta diferença entre sexos maior a partir dos quarenta anos (a média dos elementos da amostra foi de 41,58 anos), o que reflecte, por consequência, uma maior procura pelas consultas por parte dos elementos do sexo masculino (Figura 5) (Direcção Geral Saúde, 2004a, 2004b; Machado, et al., 2009a, 2009b). No entanto, estes resultados contrariam alguns estudos (Rebelo, 2008) que referem que, embora em Portugal exista uma relação de quatro homens para uma mulher entre os fumadores, as mulheres são quem mais cuidados de saúde procuram, quer preventivos quer curativos, independentemente da patologia considerada.

Ao longo das consultas de cessação tabágica não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o sexo dos elementos e o sucesso da cessação tabágica

(Santos, Gonçalves, Filho, & Jardim, 2008). Assim, rejeita-se a hipótese formulada de que o sexo influencia o sucesso da cessação tabágica, o que não vai de encontro a alguns estudos que referem que, as mulheres apresentam taxas de sucesso mais baixas quando comparadas com os elementos do sexo masculino (Caponnetto & Polosa, 2008; Kauffman, et al., 2008a; Nunes, et al., 2008; Patterson et al., 2003; Shiffman, et al., 2008).

Num estudo realizado por Shiffman e colaboradores (2008) concluiu-se que, as mulheres são mais propensas a utilizar o tratamento comportamental associado ao farmacológico, enquanto os homens são mais propensos a adoptar tratamento farmacológico. No presente estudo estas vertentes não foram comparadas uma vez que, homens e mulheres usufruíram de tratamento cognitivo-comportamental, social e farmacológico não diferenciado (como se constata nos resultados da análise exploratória realizada entre o tipo de tratamento farmacológico e o sexo dos elementos da amostra).

Hipótese 3: As habilitações académicas influenciam o sucesso da cessação tabágica

No que se refere à relação entre o sucesso na cessação tabágica em função das habilitações académicas conclui-se que, os indivíduos que apresentam mais habilitações académicas obtiveram mais sucesso na cessação tabágica ao longo do tempo. Salienta-se que, neste estudo, esta relação só apresenta resultado estatisticamente significativo aos três meses de seguimento (Figura 5).

De facto, as habilitações académicas são hoje consideradas como factor que interfere na equidade na saúde, levando a grandes desigualdades no acesso à saúde e à informação em saúde. Como podemos constatar, neste estudo, mais de metade (56,2%) dos elementos da amostra não têm o 3º Ciclo do Ensino Básico (ou equivalente legal), o que os torna vulneráveis no que se refere às decisões conscientes em saúde, neste caso na tomada de decisão e adesão comportamental a um estilo de vida sem tabaco.

Este resultado deve ser objecto de reflexão e de mudança na atitude e abordagem dos profissionais da saúde em contexto de cessação tabágica, de forma a minimizar esta desigualdade e melhorar as taxas de sucesso na cessação tabágica. Estes resultados são corroborados por o European Opinion Research Group (2003) que, referem que os indivíduos com menos escolaridade são os que fumam mais (Shiffman, et al., 2008). Os indivíduos mais escolarizados são os que primeiro solicitam apoio para deixar de fumar e os que mais sucesso apresentam, no processo de cessação tabágica (Kauffman, et al., 2008b; Rebelo, 2008; Shiffman, et al., 2008).

Num estudo realizado por Shiffman e colaboradores (2008) concluiu-se que, os indivíduos mais escolarizados são mais propensos a utilizar o tratamento comportamental associado ao farmacológico, enquanto os menos escolarizados são mais propensos a adoptar tratamento farmacológico. No presente estudo estas vertentes não foram comparadas uma vez que, todos os elementos da amostra usufruíram de tratamento cognitivo-comportamental, social e farmacológico

não diferenciado (como se constata nos resultados da análise exploratória realizada entre o tipo de tratamento farmacológico e as habilitações académicas dos elementos da amostra).

Também Hiscock, Judge e Bault (2010) referem que, os indivíduos com um nível socioeconómico mais elevado têm mais probabilidade de sucesso na cessação tabágica, ao passo que os indivíduos de mais baixo nível socioeconómico têm tendência a abandonar o tratamento.

Hipótese 4: O ambiente familiar influencia o sucesso da cessação tabágica

Neste estudo verificou-se que, os elementos que não apresentam apoio familiar são os que têm mais sucesso na cessação tabágica aos três (47%) e seis meses (40%) de seguimento (Figura 5).

Esta situação aparentemente imprevisível poderá ser explicada por duas razões. A primeira, prende-se com o facto de, na prática em consultas de cessação tabágica, constatámos muitas vezes que, alguns indivíduos preferem não comunicar à família que se encontram a frequentar as consultas, pelo receio de mais um insucesso. Desta forma, fazem todo o seu percurso e comunicam à família somente quando se sentem mais seguros ou, muitas vezes, quando são descobertos e confrontados com a família que, entretanto se apercebeu da redução ou da ausência de consumo de tabaco. Outros indivíduos que, preferem comunicar à família da intenção de deixar de fumar e da frequência das consultas de cessação tabágica, sendo este um factor inicial de grande reforço e motivação pelo processo de cessação tabágica. No entanto, com o passar do tempo e com o aparecimento da sintomatologia de privação nicotínica, desenvolvem sentimentos de desprazer e de desconforto associado à paragem do tabaco que, podem traduzir-se em irritabilidade, frustração, agressividade e impaciência, o que muitas das vezes os torna insuportáveis, sendo muitas vezes a própria família a aconselhar abandonar a cessação tabágica, por considerarem impossível a convivência familiar nestas circunstâncias. A segunda razão, prende-se com o facto dos indivíduos que não têm apoio familiar, apresentam mecanismos de coping e estratégias de auto-defesa que os podem ajudar neste processo.

Estes resultados contrapõem a opinião de diversos autores que revelam que o apoio familiar é um factor promotor da cessação tabágica. Segundo Soares e Vaz (Santos, 2006) e Gorski (Trigo, 2006) e Kauffman e colaboradores (2008b) a prevenção da recaída passa pela reavaliação dos apoios sociais e familiares (ajudar a pessoa a identificar pessoas capazes de o apoiar). O envolvimento com pessoas significativas como os familiares, são fundamentais na identificação precoce de sinais, na desactivação da negação, na prevenção e recuperação da recaída (Fiore M, et al., 2009).

Também outros estudos realizados (Caponnetto & Polosa, 2008; Carlson, Taenzer, Koopmans, & Bultz, 2000), concluíram que os indivíduos casados que coabitam com não fumadores e/ou que trabalham com não fumadores apresentam maior eficácia no processo de cessação tabágica e na prevenção da recaída.

Hipótese 5: O número de cigarros que os elementos da amostra conseguiriam reduzir, sem grande esforço, influencia o sucesso da cessação tabágica

Dos duzentos e oitenta e nove processos consultados com registo do consumo diário de cigarros na primeira consulta, a média do consumo é de 23,55 cigarros/dia com um desvio padrão de 11,32 cigarros/dia. É de salientar que, a média do consumo de cigarros por dia, neste estudo, revelou ser bem maior que a média registada nos países da União Europeia (18,35 cigarros/dia) e Portugal (18,22 cigarros/dia) (European Opinion Research Group, 2003).

Neste estudo, os elementos que manifestaram, conseguir reduzir mais cigarros na primeira consulta, são os que apresentam mais insucesso na cessação tabágica na última consulta e aos três meses. Neste sentido, aceita-se a hipótese formulada de que, o número de cigarros que os elementos da amostra referem conseguir reduzir, sem grande esforço, influencia o sucesso da cessação tabágica (Figura 5).

De facto, os que têm uma percepção mais realista das dificuldades em reduzir o consumo de tabaco são os que provavelmente, se capacitam de estratégias para vencer as adversidades e aproveitam as oportunidades para prosseguir com a cessação tabágica. A este respeito Trigo (2005) refere que, para deixar de fumar é útil um nível elevado de estoicismo, mas só não chega. Muitos fumadores cheios de vontade cedem ao desejo, quer perante adversidades e circunstâncias da vida, quer como meio de evitar o desconforto dos sintomas de privação.

Também Santos (2006) refere que, os programas de cessação não se podem centrar apenas ao controlo inicial do impulso/urgência e no desejo de consumir, uma vez que a curva de recuperação descreve uma trajectória irregular, pautada por lapsos, recaídas e colapsos, ao invés de seguir uma variação estável, linear e dicotómica. Daí ser muito importante advertirmos os utentes em processo de cessação tabágica para as dificuldades que terão de enfrentar capacitando-os de uma perspectiva realista.

Torna-se especialmente importante nos processos de cessação tabágica um acompanhamento tão próximo quanto possível, quer no que se refere ao curto intervalo entre as consultas, quer no seguimento em consultas (ao longo de anos), ou mesmo na possibilidade do indivíduo poder, em qualquer altura, telefonar para esclarecer dúvidas ou simplesmente para falar que se sente mal ou ainda que está a conseguir estar abstinente.

Desta forma, o acompanhamento inicial serve para ultrapassar os constrangimentos da privação nicotínica, e o acompanhamento posterior que, poderá estender-se a vários anos, serve para assegurar a motivação dos indivíduos para se manterem abstinente e assim prevenir o lapso e consequentemente a recaída.

Hipótese 6: O tempo que esteve sem fumar, em tentativas de cessação anteriores, influencia o sucesso da cessação tabágica

Neste estudo verificou-se não existir relação estatisticamente significativa entre o tempo em que os elementos da amostra estiveram sem fumar, em tentativas de cessação tabágica anteriores e o sucesso da cessação tabágica na última consulta (Figura 5).

No entanto, verifica-se que existe uma relação muito significativa e significativa entre o tempo em que os elementos da amostra estiveram sem fumar em tentativas anteriores e o sucesso da cessação tabágica aos três e seis meses, respectivamente.

Nesta perspectiva conclui-se que, quanto maior for o tempo em que cada elemento esteve sem fumar em tentativas de cessação tabágica anteriores, maior é a probabilidade de sucesso na cessação tabágica a médio prazo (três e seis meses). Desta forma, aceita-se a hipótese formulada de que o tempo que esteve sem fumar, em tentativas de cessação anteriores, influencia o sucesso da cessação tabágica.

Os resultados obtidos estão em consonância com os autores consultados (Brown et al., 2008; Caponnetto & Polosa, 2008) que referem que à medida que aumenta o tempo em que a pessoa esteve sem fumar em tentativas anteriores aumenta a eficácia do processo de cessação tabágica e diminui a recaída.

De facto, estes resultados vêm reforçar o papel de qualquer intervenção na área do tabagismo, desde a intervenção breve como o próprio aconselhamento para deixar de fumar que, é já em si, muito produtivo até uma intervenção mais estruturada em contexto de consultas de cessação tabágica. De facto, é muitas vezes, nesta atitude tão simples de aconselhamento breve para deixar de fumar que, se desencadeia o processo de deixar de fumar.

Alguns indivíduos após aconselhamento e, dependendo da fase em que se encontram, poderão reflectir sobre o aconselhamento e desvalorizar; outros indivíduos, poderão reflectir sobre ele e não estarem preparados para a cessação tabágica; outros poderão iniciar o seu processo de cessação e conseguirem efectivamente deixar de fumar.

É de salientar que, nem todos os indivíduos que querem deixar de fumar o conseguem sem ajuda, daí a importância das consultas de cessação tabágica que, são hoje consideradas pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002, 2003) e pela Direcção Geral da Saúde (Direcção Geral Saúde, 2004a, 2004b, 2004c, 2005, 2007; OPSS, 2010) como importantes estratégias para ajudar a reduzir a morbilidade e mortalidade associada ao consumo de tabaco.

Sabe-se também que, cada indivíduo fumador, ao longo da vida, faz muitas tentativas para deixar de fumar (uns mais do que outros) até que chega um dia que consegue ficar abstinente, mas que continua doente... De facto, o ex-fumador irá ser sempre um doente, pela dependência que desenvolveu e pela possibilidade de a qualquer momento recair. Daí no processo de cessação tabágica, os indivíduos serem sensibilizados para a importância da não ocorrência de lapsos e recaída e para a importância da abstinência a longo da vida.

Hipótese 7: O grau de motivação para parar de fumar influencia o sucesso da cessação tabágica

Neste estudo a média do teste de motivação de Richmond foi de 7,10, traduzindo uma motivação moderada para deixar de fumar, com um desvio padrão de 1,74.

No que se refere à relação entre o grau de motivação para parar de fumar e o sucesso da cessação tabágica, verifica-se que esta apresenta relação altamente significativa aquando da última consulta e significava aos três meses de seguimento sendo que, os elementos que apresentam maior índice de motivação para parar de fumar são os que apresentam maior sucesso na cessação tabágica a curto prazo. No entanto, esta relação de significância não se mantém a médio prazo, isto é aos seis meses de seguimento. Assim, podemos concluir que, neste estudo aceita-se a hipótese formulada: o grau de motivação para parar de fumar influencia o sucesso da cessação tabágica, acrescentando o factor a curto prazo (Figura 5).

Estes resultados permitem-nos concluir que, é pelos três meses de cessação tabágica, onde o grau de motivação tabágica na primeira consulta constitui um factor de suma importância a ter em conta nas consultas de cessação tabágica. Conclui-se também que, aos seis meses de seguimento, este factor não tem significado estatístico na interferência com o sucesso da cessação tabágica, o que parece lógico, uma vez que aos seis meses de seguimento, o indivíduo já estará abstinente pelo menos há três ou quatro meses, se não tiver recaído.

Estes resultados têm implicações para a prática das consultas de cessação tabágica, por volta dos três meses, na medida em que, devemos dirigir intervenções diferentes para indivíduos mais ou menos motivados para a cessação tabágica. Aos indivíduos motivados, deverá ser reforçado o factor motivacional e aos indivíduos pouco motivados, terão de ser trabalhados no sentido de os capacitar de motivação que, é indispensável para o processo de cessação tabágica.

No entanto, estes resultados não traduzem a ineficácia da motivação de uma forma geral, reflectem sim que, a partir dos três meses de seguimento em consultas deverá ser trabalhado o factor motivacional, não relacionado com a motivação para deixar de fumar, uma vez que, em principio, já estarão sem fumar, mas com a motivação para se manterem abstinentes e para prevenirem os lapsos e consequentemente a recaída.

Assim, a motivação é algo que deverá ser trabalhada de forma diferente ao longo das consultas e mais uma vez se destaca a importância do seguimento dos indivíduos ao longo de vários anos, de acordo com as necessidades de cada um, de forma que se mantenham implicados e com bons níveis motivacionais, de auto-estima e auto-controlo no processo prevenção da recaída.

Os resultados obtidos estão em consonância com os autores consultados (Caponnetto & Polosa, 2008; Morchón, et al., 2001; Pisinger, et al., 2005a) que referem que um grau sustentado de motivação facilita o processo de cessação tabágica e previne a recaída.

No entanto, num estudo realizado por Halty e colaboradores (2002), não foi encontrada associação entre a dependência de nicotina e a motivação para parar de fumar.

Hipótese 8: O grau de dependência tabágica influencia o sucesso da cessação tabágica

Neste estudo concluiu-se que, quanto maior for a dependência tabágica, menor é a possibilidade de sucesso na cessação tabágica aos três meses, o que nos leva a aceitar a hipótese considerada. Estes dados permitem-nos concluir que, é pelos três meses de cessação tabágica, onde o grau de dependência tabágica na primeira consulta, constitui um factor de suma importância a ter em conta nas consultas de cessação tabágica. Conclui-se também que, aos seis meses de seguimento, este factor não tem significado estatístico na interferência com o sucesso da cessação tabágica, o que parece lógico, uma vez que aos seis meses de seguimento, o indivíduo já estará abstinente pelo menos há três ou quatro meses, tendo já ultrapassado a síndrome de dependência de nicotina (Figura 5).

Com estes resultados, concluímos que, a dependência de nicotina constitui um factor determinante no processo de cessação tabágica e que devemos direccionar sobretudo, até aos três meses, uma intervenção mais dirigida aos indivíduos mais dependentes.

Assim, a estes indivíduos mais dependentes, deverá ser reforçado o factor motivacional que é indispensável para o processo de cessação tabágica e terá de ser bem ajustada a medicação, inclusivamente com a adopção de terapia combinada, através do uso de medicação específica e terapia cognitivo-comportamental, de forma a capacitar os indivíduos a aprenderem a viver um novo estilo de vida, sem tabaco. No que se refere à terapêutica farmacológica, deverá ser prescrita para indivíduos mais dependentes, terapia combinada isto é, uma terapêutica principal (de primeira linha preferencialmente), acompanhada de uma outra terapêutica, sempre que necessário (ex. pastilhas de nicotina), para que o indivíduo, em situações de stress ou de vontade extrema de um cigarro, possa tomar um suplemento nicotínico e, desta forma, controlar a síndrome de privação nicotínica, prevenindo um lapso e consequentemente a recaída.

Salienta-se que, uma das características que deverá distinguir um fumador que deixa de fumar sozinho, de um fumador que recorre a consultas de cessação tabágica para deixar de fumar é o facto de o indivíduo que é seguido em consultas de cessação tabágica apresentar um quadro de privação nicotínica discreto (resultante da toma de medicação específica), e sobretudo pelo facto de, através da terapia cognitivo-comportamental, aprender gradualmente a viver sem o tabaco e prevenir alguns distúrbios ansiogéneos, depressivos e relacionais que habitualmente o indivíduo que faz uma cessação tabágica, sem a ajuda de profissionais da saúde, apresenta.

Os resultados obtidos estão em consonância com os autores consultados (Wewers et al, inTrigo, 2005) (Caponnetto & Polosa, 2008; Kauffman, et al., 2008a; Morchon, et al., 2007; Nunes, et al., 2008) que referem que, no caso dos “fumadores mais pesados”, a resposta do organismo à privação constitui mais um obstáculo a superar. No entanto, é de salientar que, a médio prazo (aos seis meses) tal relação não se verifica, o que poderá ser justificado pela fase de síndrome de dependência estar ultrapassada. Segundo Morchon, Masuet e Ramon (2007) os melhores preditores para a redução de cigarro são a baixa dependência de nicotina e ser fumador pesado.

Os indivíduos mais dependentes do tabaco têm tendência a adoptar o tratamento farmacológico e menos tendência a adoptar em simultâneo o farmacológico com o comportamental (Shiffman, et al., 2008). Num estudo realizado por Dale e colaboradores (2001) concluiu-se que o baixo número de cigarros consumidos por dia e o baixo nível de dependência foi um dos factores preditores da abstinência após medicação e foi-o também ao longo do tempo após cessação da medicação.

Hipótese 9: O número total de consultas influencia o sucesso da cessação tabágica

O número total de consultas constitui uma variável que influencia de forma altamente significativa o sucesso na cessação tabágica na última consulta, aos três meses e aos seis meses. Neste sentido, verifica-se que, quanto maior for a utilização das consultas de cessação tabágica pelos elementos da amostra, maior é o sucesso na cessação tabágica, o que nos leva a aceitar a hipótese considerada (Figura 5).

Existem evidências que comprovam que o aconselhamento, ainda que breve, numa perspectiva holística e complementar à terapêutica medicamentosa, aumenta significativamente as taxas de abstinência quando comparado a nenhuma intervenção (Morchón, et al., 2001; Presman, Carneiro, & Giogliotti, 2005). Também Guerra (2004), Kauffman e colaboradores (2008) referem que, para deixar de fumar é necessário reunir condições ideais de motivação, psicossociais e fisiológicas para que a pessoa consiga readquirir equilíbrio anterior ao “*status quo*” de não fumador.

De facto, é essencial o estabelecimento de uma relação de empatia, sem julgamento para que a pessoa se sinta confortável para falar do seu desejo de fumar, dos seus medos e até dos seus lapsos e recaídas (Trigo, 2006).

O modelo de Piasecki e colaboradores (Piasecki, et al., 2002) é um modelo que explica dois períodos no processo de desabitação nicotínica: o “*período e cessação*” que inclui os primeiros sete dias após parar e o “*período da susceptibilidade de recaída*” que abrange o tempo subsequente de abstinência. Cada período envolve tarefas que podem ser descritas como “*vagas de risco*”. Durante o período de cessação surge a primeira vaga, com o despoletar dos sintomas físicos de privação. À medida que se instala o período da susceptibilidade surge o confronto com

os factores de stress e as tentações. Posteriormente vem a derradeira vaga que traz a fadiga da cessação, o cansaço em manter a abstinência e, eventualmente, o desvanecimento do objectivo inicial de parar. Neste sentido, a periodicidade das consultas deve ser adequada à fase em que a pessoa se encontra de modo a poder evitar a recaída.

Kalman e colaboradores (2010), salientam a importância do factor persistência, como um comportamento marcador de tolerância que, ajuda à manutenção da abstinência e à prevenção da recaída e que poderá ser trabalhado ao longo das consultas de cessação tabágica.

Segundo Czarnecki e colaboradores (2010) e Vallone e colaboradores (2010), torna-se útil o uso de programas através da utilização dos media, o uso de telefone e a utilização de tecnologias da informação e comunicação para garantir um maior apoio a quem está a deixar de fumar e prevenir a recaída. No entanto, Vallone e colaboradores (2010), alertam para o efeito a curto prazo destes programas.

Embora a cessação do tabagismo seja claramente benéfica, a taxa de sucesso é relativamente baixa a longo prazo (Caponnetto & Polosa, 2008; Laniado-Laborín, 2009). Num estudo realizado por Piasecki e colaboradores (2002) em que seguiram um grupo de indivíduos em cessação tabágica durante 8 semanas, verificou-se que a taxa de reincidência de fumar foi de 71% do total da amostra.

Hughes e colaboradores (2008) estimam a incidência de recidiva de consumo de tabaco em 10% ao ano. Esta percepção de falta de eficácia da consulta de cessação tabágica deverá influenciar os profissionais da saúde no estabelecimento de prioridades no que diz respeito a uma utilização eficaz do tempo de consulta. Assim, é importante manter o contacto com os indivíduos que se encontram em processo de cessação tabágica para que a recaída seja travada (consultas de seguimento).

Hipótese 10: O número de cigarros consumidos nas várias consultas influencia o sucesso da cessação tabágica

Dos trezentos e noventa e cinco elementos da amostra, apenas cento e trinta e seis (34,4%) estavam abstinentes aquando da última consulta, destes apenas sessenta e nove (17,5%) indivíduos estão abstinentes aos três meses de seguimento e finalmente destes, apenas cinquenta e um (12,9%) estão abstinentes aos seis meses de seguimento, o que traduz as dificuldades que as pessoas sentem quando querem deixar de fumar e simultaneamente, as experiências de insucesso (recaída) que têm de passar até finalmente conseguirem. Num estudo realizado por Rebelo (2008), doze meses após a data da primeira consulta quarenta e quatro indivíduos (24%) estavam sem fumar, noventa e um (49%) continuavam a fumar e em relação a quarenta e nove (27%) não foi possível obter informação.

Neste estudo concluiu-se que, o consumo de cigarros na segunda, terceira, quarta, quinta, sexta e sétimas consultas interfere de forma estatisticamente significativa com o sucesso da cessação tabágica aos três e seis meses de seguimento, sendo que os elementos que consomem em média mais cigarros são os que têm mais insucesso na cessação tabágica aos três e seis meses.

Também o consumo de cigarros na primeira consulta interfere de forma significativa com o sucesso da cessação tabágica aos três meses, sendo que os elementos que, em média, consomem menos cigarros são os que têm mais sucesso na cessação tabágica aos três meses. Não se verificou relação entre o consumo de cigarros na primeira consulta e o sucesso da cessação tabágica aos seis meses.

Estes resultados vêm reforçar o já concluído e discutido em hipóteses anteriores que é a importância de um seguimento incondicional e sem juízos de valor, tão próximo quanto possível, por profissionais da saúde com preparação específica, dos indivíduos que se encontram em processo de cessação tabágica. A periodicidade deste seguimento, terá de ser inicialmente semanal ou quinzenal e posteriormente mensal ou bimensal, de acordo com as necessidades que o indivíduo manifeste e poderá manter-se por vários anos. Este seguimento poderá ser feito através de consulta, telefone ou internet, consoante a preferência do cliente. Esta periodicidade de consultas, funciona como um compromisso que é assumido pelas partes, no sentido de haver um comprometimento para a abstinência de tabaco.

Num estudo realizado por Dale e colaboradores (2001) conclui-se que, o baixo número de cigarros consumidos por dia foi um dos factores predictores da abstinência após medicação e foi-o também ao longo do tempo após cessação da medicação.

De acordo com o U S Department of Health and Human Services (Marques et al., 2001), quanto maior o consumo de tabaco, maior é a gravidade do síndrome de dependência que, pode persistir por meses, sendo habitualmente pouco tolerado levando à recaída. Pelo que o seguimento do indivíduo em consultas poderá prevenir esta recaída e aumentar a taxa de sucesso na cessação tabágica.

Hipótese 11: O tipo de tratamento farmacológico influencia o sucesso na cessação tabágica

Todos os elementos da amostra foram seguidos em consultas, onde foi feito, para além do tratamento farmacológico, um acompanhamento personalizado a cada elemento (terapia cognitivo-comportamental e social), com negociação de objectivos terapêuticos, de acordo com as necessidades de cada elemento. Esta intervenção está de acordo com o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2010) que, reforça a evidência demonstrada com a combinação de suporte individual, comportamental, social e fármaco-terapêutico que aumenta a taxa de sucesso em cerca de quatro vezes.

Dos resultados obtidos, podemos concluir que, o tipo de tratamento farmacológico, influencia de forma altamente significativa o sucesso da cessação tabágica aquando da última consulta, aos três e seis meses de seguimento (Figura 5).

Neste sentido podemos verificar, no que diz respeito ao sucesso na última consulta que, quem não fez tratamento específico, não apresenta sucesso na cessação tabágica. Pelo contrário, quem fez tratamento específico como a vareniclina, bupropiona e nicotina apresentam, por ordem decrescente, maiores níveis de sucesso aquando da última consulta.

No que se refere ao sucesso aos três meses verifica-se que, a maior parte dos elementos que não fizeram tratamento específico para a cessação tabágica, não têm sucesso na cessação (94%). No entanto, verifica-se que, cerca de 22% dos elementos que fizeram transdérmicos e/ou pastilhas de nicotina, 29% dos que fizeram vareniclina e cerca de 40% dos que fizeram bupropiona apresentam sucesso na cessação tabágica aos três meses.

Relativamente ao sucesso aos seis meses verifica-se que, a maior parte dos elementos que não fizeram tratamento específico, não têm sucesso na cessação tabágica (97%). No entanto, verifica-se que cerca de 18% dos elementos que fizeram transdérmicos e/ou pastilhas de nicotina, 22% dos que fizeram vareniclina e cerca de 30% dos que fizeram bupropiona apresentam sucesso na cessação tabágica aos seis meses de seguimento.

Dos resultados obtidos aceita-se a hipótese considerada, de que o tipo de tratamento farmacológico, influência de forma altamente significativa o sucesso da cessação tabágica aquando da última consulta, aos três e seis meses de seguimento. Relativamente ao sucesso aos seis meses verifica-se que, a maior parte dos elementos que não fizeram tratamento específico não têm sucesso na cessação tabágica. Estes resultados estão de acordo com a perspectiva de vários autores (Durcan et al., 2002; Fiore M, et al., 2009; Hatsukami, Stead, & Gupta, 2008; Wu, et al., 2006) que referem que, a terapêutica com nicotina, bupropiona e vareniclina torna-se efectiva na cessação tabágica.

No entanto, verifica-se que cerca de 18% dos elementos que fizeram transdérmicos e/ou pastilhas de nicotina, 22% dos que fizeram vareniclina e cerca de 30% dos que fizeram bupropiona apresentam sucesso na cessação tabágica aos seis meses de seguimento. Situação que não está de acordo com alguns estudos já realizados em que as taxas de abstinência com vareniclina são superiores às conseguidas com os substitutos de nicotina e a bupropiona (G. D. Garrison & Dugan, 2009; Jorenby, et al., 2006; Nakamura, et al., 2007; Nunes, et al., 2008; Rollema, et al., 2007; Wu, et al., 2006). Esta situação poderá ser explicada devido ao facto da vareniclina ter sido a última medida terapêutica introduzida no mercado terapêutico nacional (Setembro de 2006), o que leva a uma menor utilização proporcional, de entre os elementos da amostra, quando comparada com as restantes medidas terapêuticas.

Num estudo randomizado verificou-se que, as taxas de cessação tabágica no final do tratamento (12 semanas) foram de 59,5% com vareniclina e 32,3% com placebo. Pelo que a vareniclina foi uma eficaz medida de farmacoterapia tendo sido bem tolerada para a cessação tabágica durante o período de tratamento de 12 semanas (Tsai et al., 2007).

Ainda noutros estudos, os custos estimados da intervenção na cessação do tabagismo sobre a QALY (Qualidade ajustada por anos de vida) comparando a bupropiona com a vareniclina, destacam a vareniclina como a mais eficaz terapêutica na cessação tabágica (Bolin, et al., 2008; Jorenby, et al., 2006; Nakamura, et al., 2007).

Num estudo realizado por Swan e colaboradores (2010) em que foram seguidos três grupos de indivíduos que, fizeram tratamento com vareniclina (n=1202): um grupo fez aconselhamento para a cessação tabágica pela internet (n=401), outro grupo fez aconselhamento para a cessação tabágica por telefone (n=402) e o último grupo que fez aconselhamento para a cessação tabágica simultaneamente pela internet e telefone (n=399); todos mostraram elevadas taxas de abstinência aos três meses (38,9%, 48,5%, 43,4%) e aos seis meses (30,7%, 34,3%, 33,8%, para cada grupo, respectivamente), não se tendo verificado diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

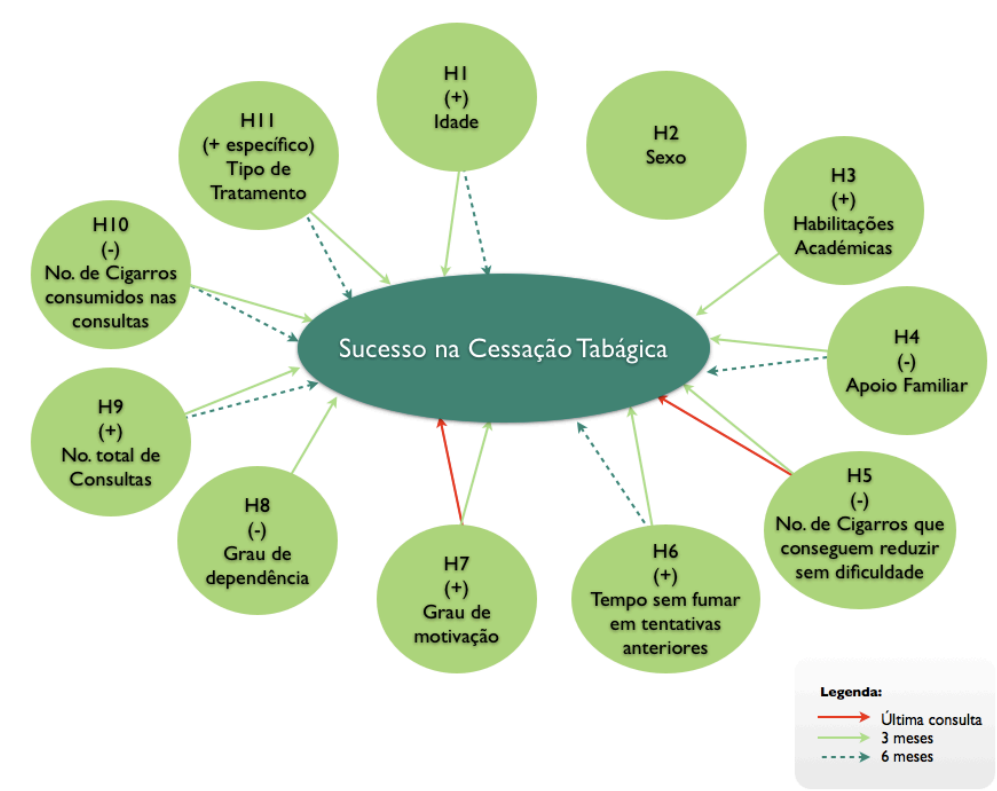
No presente estudo, da evolução longitudinal aos seis meses de consultas, podemos concluir que, em apenas cerca de 13% dos elementos se obteve sucesso confirmado. No entanto, não pudemos esquecer que, de entre os elementos que abandonaram as consultas, nada se sabe, pelo que alguns destes elementos podem estar sem fumar, daí que a taxa de sucesso obtida neste estudo possa estar subestimada.

De facto, a taxa de sucesso aos seis meses verificada neste estudo é inferior à realidade do Reino Unido, país que dispõe de uma rede de âmbito nacional para a cessação tabágica (clínica especializada), em que mesmo assim, aos doze meses, somente cerca de 15% se mantém sem fumar (Pisinger, et al., 2005b).

Num estudo realizado por Piasecki e colaboradores (2002) em que seguiram um grupo de indivíduos em cessação tabágica durante oito semanas, verificou-se que a taxa de reincidência de fumar foi de 71% do total da amostra.

É ainda de destacar que, de acordo com Fiore e colaboradores (2009), o aconselhamento e a utilização de medicamentos são eficazes quando usados sozinhos para tratar a dependência do tabaco. No entanto, a sua combinação é mais eficaz do que qualquer um sozinho. Dos resultados obtidos podemos concluir que, o ajuste da terapêutica farmacológica ao indivíduo é um aspecto muito importante, mas que deverá estar associado à complexa rede de factores que interferem no sucesso da cessação tabágica, como a associação da terapia cognitivo-comportamental e social, o seguimento em consultas, a atitude incondicional e sem juízo de valor dos profissionais da saúde para com o indivíduo e o processo de cessação tabágica, entre muitos outros factores psicossociais e culturais.

Figura 5 – Representação esquemática dos resultados do teste das hipóteses de investigação



Hipótese 12: A cessação tabágica influencia os parâmetros biológicos: peso, pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica

Neste estudo conclui-se que, nos parâmetros: peso, pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica, se verificaram diferenças altamente significativas desde o momento inicial até ao final, o que demonstra que as consultas de cessação tabágica têm impacto significativo nos parâmetros considerados (Figura 6).

Relativamente ao peso podemos concluir que, em média, a frequência das consultas de cessação tabágica nos elementos da amostra contribuiu para um aumento no peso, em média de 1,17Kg.

Num estudo realizado por Matsushita e colaboradores (2010) concluiu-se que, parar de fumar está associado a uma deterioração do perfil de risco metabólico que, pode ser atribuído, pelo menos em parte, a um aumento da área de gordura visceral e não da área de gordura subcutânea.

Alguns fumadores, quando deixam de fumar apresentam comportamentos de compulsão alimentar que os leva a um aumento ponderal, traduzido no aumento do peso, perímetro da cintura e aumento do Índice de Massa Corporal (Alberg, et al., 2007; Kleppinger, Litt, Kenny, & Oncken, 2010; Nunes & al, 2008; Pisinger & Jorgensen, 2007; Suwazono et al., 2010; White, Peters, & Toll, 2010).

Também num estudo realizado por Suwazono e colaboradores (2010) concluiu-se que, os indivíduos que pararam de fumar, aumentaram significativamente o seu peso, o índice de massa corporal, a pressão arterial sistólica e a pressão arterial diastólica, o colesterol total, o colesterol – LDL e o ácido úrico e manifestaram uma diminuição da hemoglobina nos três anos após a cessação do tabagismo quando comparados com os fumadores que continuaram a fumar.

Habitualmente nos processos de cessação tabágica verifica-se um aumento considerável no peso que pode chegar até aos 10Kg. A vantagem da consulta de cessação tabágica é que, este aumento ponderal, é relativamente menor (4 a 6 Kg) (Alberg, et al., 2007) uma vez que, na consulta de cessação tabágica se faz a monitorização constante do peso, sensibiliza-se para uma alimentação saudável e para a prática de exercício físico (adopção de hábitos de vida salutogénios) a par da introdução de medicação específica que, vai minimizar os efeitos da privação de nicotina, fazendo com que o indivíduo não substitua o tabaco com compensações alimentares.

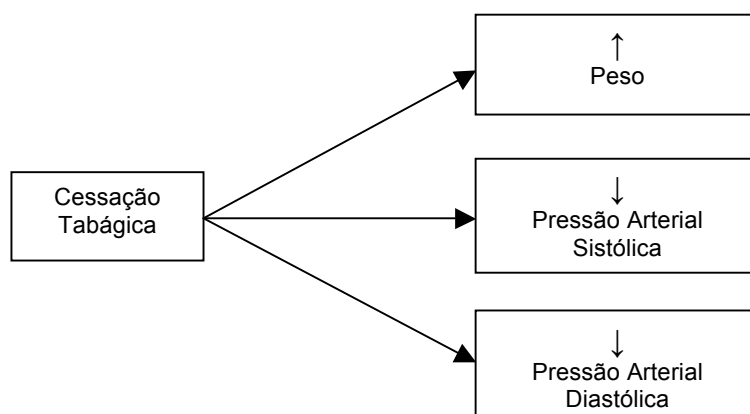
Em relação às variáveis pressão arterial sistólica e diastólica constata-se que, a frequência às consultas de cessação tabágica permitiu reduzir em média 3mmHg, na pressão arterial sistólica e 2,1mmHg, na pressão arterial diastólica. Estes resultados reflectem que, retirando este factor de risco cardiovascular (tabaco), obtém-se uma redução nos valores da pressão arterial. Vários autores referem que o abandono do consumo de tabaco traduz-se numa rápida diminuição da pressão arterial, ocorrência de episódios cardiovasculares agudos e dos sintomas de doença

arteriosclerótica (Aboyans, Thomas, & Lacroix, 2010; Fiore & Westman, 2005; Morchón, et al., 2001; Nunes & Breda, 2001; Viridis, Giannarelli, Neves, Taddei, & Ghiadoni, 2010).

Num estudo realizado por Gourlay e colaboradores (Gourlay, et al., 1994) não se registaram alterações nos valores da pressão arterial após cessação tabágica. No entanto, num estudo realizado por Suwazono e colaboradores (2010) concluiu-se que, os valores da pressão arterial aumentaram após a cessação tabágica (aos três anos de seguimento), justificados pela sua relação com o aumento de peso que ocorreu após cessação do tabagismo. Isto é, retirou-se um factor de risco (tabaco) mas apareceu outro (o sobre peso) que, fez aumentar os valores da pressão arterial.

Os resultados do presente estudo reforçam a importância da orientação de saúde, contra o aumento de peso em indivíduos que deixaram o tabagismo, a fim de evitar o aumento do risco cardiovascular (pressão arterial). Isto é, torna-se importante durante as consultas de cessação tabágica sensibilizar contra o aumento de peso para que o balanço positivo de deixar de fumar, não contrabalance com o risco do aumento ponderal após cessação tabágica.

Figura 6 – Representação esquemática do resultado do teste da Hipótese 12 - A cessação tabágica influencia os parâmetros biológicos: peso, pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica



3.2 – ANÁLISES EXPLORATÓRIAS

Análise da relação entre o número de cigarros consumidos (na primeira consulta), o grau de dependência tabágica, o grau de motivação para a cessação tabágica, o número total de consultas de cessação tabágica e o tipo de tratamento farmacológico em função da idade dos elementos da amostra

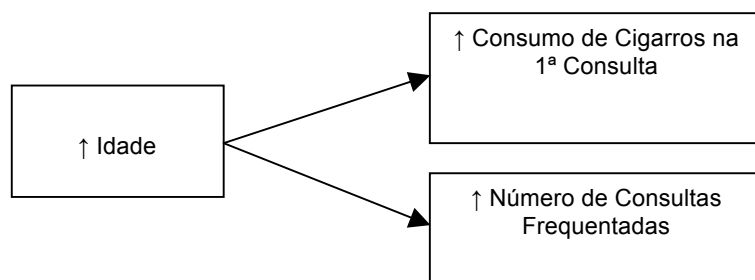
Os resultados da análise exploratória realizada, permite-nos concluir que, os elementos mais velhos são os que consomem um maior número de cigarros, na primeira consulta e que, consomem um maior número de consultas de cessação tabágica (Figura 7). A acrescentar a estes dados está a confirmação da hipótese 1, onde se conclui que, os elementos com mais idade foram os que conseguiram um maior sucesso na cessação tabágica aos três e seis meses de seguimento.

Como sabemos a iniciação tabágica faz-se na maioria dos indivíduos na adolescência (Mayhew, et al., 2000; Precioso, 2006; Precioso, 1999; WHO, 2002), logo, quanto maior a idade do indivíduo, maior é a exposição ao tabaco, o que cria, pelo próprio tempo de exposição, maior dependência de nicotina. Também se sabe que, ao longo da vida, muitos indivíduos fazem múltiplas tentativas para deixar de fumar, uns conseguem deixar de fumar sozinhos após uma ou várias tentativas. Outros, após várias tentativas, não conseguem mesmo deixar de fumar, sendo que as consultas de cessação tabágica constituem uma opção muito válida para o desejo que têm de deixar de fumar.

Ao longo das consultas de cessação tabágica e após abstinência de nicotina, os indivíduos continuam a ser seguidos nas consultas durante um, dois ou mais anos, mediante condição clínica e muitas vezes mediante desejo do ex-fumador que revela maior segurança em manter o elo de ligação com os profissionais da consulta de forma a se comprometerem e a continuarem abstinentes, prevenindo a recaída (Cornuz, 2007; Trigo, 2006). Esta constitui, de facto a justificação para que os elementos com mais idade consumam um maior número de consultas que os elementos mais jovens.

Perante os resultados obtidos, podemos concluir que, o facto de os indivíduos terem mais idade constitui um factor facilitador do processo de cessação tabágica. Este dado tem especial importância, em contexto clínico, quando nos deparamos com indivíduos jovens, em que temos (profissionais da saúde) que desenvolver uma atitude e intervenção diferenciadora e provavelmente mais direccionada para as reais necessidades e dificuldades destes indivíduos em deixar de fumar.

Figura 7 – Representação esquemática do resultado da análise da relação entre o número de cigarros que fumavam na primeira consulta e o número total de consultas de cessação tabágica em função da idade dos elementos da amostra



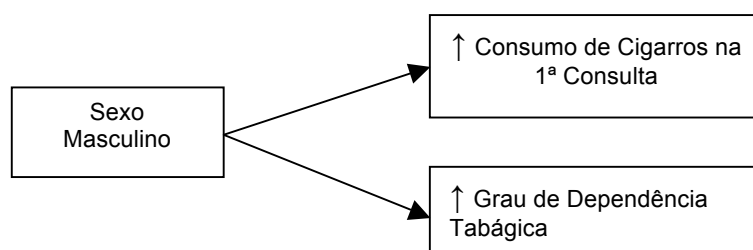
Análise da relação entre o número de cigarros consumidos (na primeira consulta), o grau de dependência tabágica, o grau de motivação para a cessação tabágica, o número total de consultas de cessação tabágica e o tipo de tratamento farmacológico em função do sexo dos elementos da amostra

Os resultados da análise exploratória realizada, permitem-nos concluir que, os elementos do sexo masculino foram os que apresentaram um maior consumo de cigarros por dia e maior grau de dependência de nicotina aquando da primeira consulta de cessação tabágica. No entanto, esta diferenciação de género não interfere no grau de sucesso da cessação tabágica como podemos constatar pela infirmação da hipótese 2.

Apesar dos resultados obtidos não terem implicações no sucesso da cessação tabágica, uma vez que a variável sexo, não interfere no processo, importa reter que, tal como referem muitos autores os elementos do sexo masculino fumam mais cigarros e são mais dependentes da nicotina que os elementos do sexo feminino (Figura 8). Na verdade, os resultados do Inquérito Nacional de Saúde 2004/2005, revelam que, em média, os homens fumavam mais cigarros por dia (20 cigarros) do que as mulheres (13 cigarros) (Machado, et al., 2009a, 2009b).

Neste estudo, conclui-se ainda que, o sexo dos elementos da amostra não interfere no grau de motivação para a cessação tabágica, no consumo de consultas de cessação tabágica e nem no tipo de tratamento farmacológico.

Figura 8 – Representação esquemática do resultado da análise da relação entre o número de cigarros que fumava na primeira consulta e o grau de dependência tabágica em função do sexo dos elementos da amostra



Análise da relação entre o número de cigarros consumidos (na primeira consulta), o grau de dependência tabágica, o grau de motivação para a cessação tabágica, o número total de consultas de cessação tabágica e o tipo de tratamento farmacológico em função das habilitações académicas dos elementos da amostra

Os resultados da análise exploratória realizada, permitem-nos concluir que, as habilitações académicas não interferem com o grau de motivação para a cessação tabágica, no tipo de tratamento e no consumo de consultas de cessação tabágica, contrariamente ao que seria esperado.

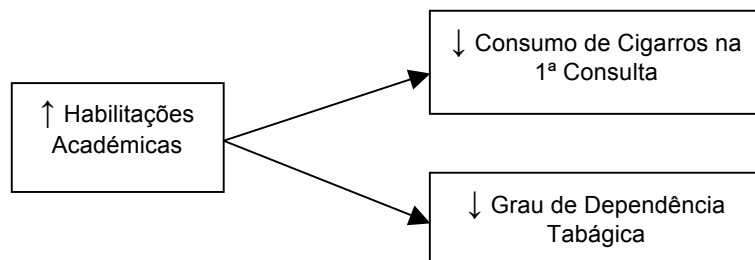
Contudo, os resultados deste estudo revelam que, os elementos com mais habilitações académicas, são quem tem um menor consumo de cigarros/dia e apresentam menor grau de dependência de nicotina (Figura 9). Estes resultados são corroborados por o European Opinion Research Group (2003) que, referem que os indivíduos com menos escolaridade são os que fumam mais (Shiffman, et al., 2008).

Este dado torna-se particularmente importante na prática clínica, sobretudo quando relacionado com a confirmação da Hipótese 3, em que os elementos com mais habilitações académicas apresentam maior grau de sucesso na cessação tabágica. O que leva a crer que existe uma rede complexa de factores que se entrecruzam e potenciam, neste complexo processo de cessação tabágica.

De facto, mais uma vez se torna consciente, a necessidade dos profissionais da saúde, em contexto de consulta de cessação tabágica diferenciarem as suas atitudes e comportamentos de forma, a perceber quais as reais necessidades de intervenção (necessidades sentidas, percebidas e expressas), junto de cada individuo a fim de melhorar as taxas de sucesso na cessação tabágica e obter ganhos em saúde.

Em suma, as habilitações académicas dos indivíduos são um importante factor que deve determinar à partida atitudes dos profissionais da saúde diferenciadas dando especial atenção aos elementos com menos habilitações académicas.

Figura 9 – Representação esquemática do resultado da análise da relação entre o número de cigarros que fumava na primeira consulta, o grau de dependência tabágica em função das habilitações académicas dos elementos da amostra



Análise da relação entre as habilitações académicas, o número de cigarros consumidos (na primeira consulta), o grau de dependência tabágica, o grau de motivação para a cessação tabágica, o número total de consultas de cessação tabágica e o tipo de tratamento farmacológico em função do número de cigarros que os elementos da amostra referem conseguir reduzir, sem grande esforço

Os resultados da análise exploratória realizada, permite-nos concluir que, não se verificou relação entre as variáveis: grau de motivação para a cessação tabágica e o número de consultas de cessação tabágica frequentadas com a variável número de cigarros que os elementos da amostra referem conseguir reduzir facilmente na primeira consulta.

No entanto, verifica-se que à medida que os elementos da amostra apresentam mais habilitações académicas menor é o número de cigarros que referem conseguir reduzir facilmente. Também se verifica que à medida que os elementos da amostra fumam mais cigarros e apresentam mais dependência do tabaco, na primeira consulta, maior é o número de cigarros que os elementos da amostra referem conseguir reduzir facilmente (Figura 10).

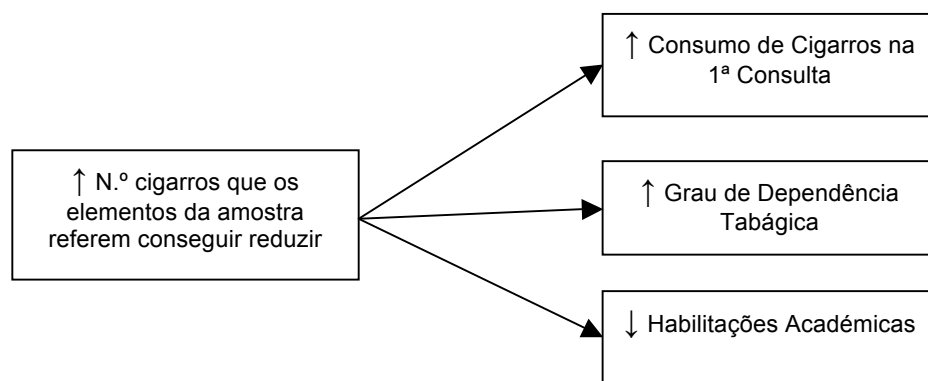
Estes resultados são explicados pelo facto de, a maioria dos indivíduos que apresentam grande dependência tabágica e que consomem um grande número de cigarros por dia (como são exemplo os elementos com menores habilitações académicas, neste estudo) realizam um consumo que, não corresponde só à sua dependência física de nicotina, mas também à sua dependência psíquica, social e associada frequentemente a hábitos de vida, pelo que podem prescindir de um maior número de cigarros por dia.

De facto, sabe-se que a semivida de um cigarro é de duas horas (Nunes & al, 2008). Como cada indivíduo necessita de oito horas para dormir, e em princípio, não acorda para fumar, então ao dia restam dezasseis horas que, respeitando a semivida do tabaco, se a pessoa fumasse só pela dependência física, cada indivíduo apenas necessitaria de fumar oito cigarros ao dia. No entanto, sabemos que as pessoas fumam por muitos motivos para além da sua dependência física (porque estão contentes, tristes, com os amigos, sozinhos, em stress, calmos....), daí que, por

vezes o consumo de cigarros num indivíduo possa chegar e até ultrapassar os três maços de cigarros por dia.

Assim, e como forma de explicar as razões que levam os grandes fumadores/dependentes a terem mais facilidade em referir que conseguiriam facilmente reduzir um maior número de cigarros, é o facto deles, por fumarem um grande número de cigarros, conseguirem gerir com mais facilidade os cigarros que cortariam durante o dia e que não lhes faria "tanta falta", ao passo que os elementos que fumam um menor número de cigarros, mostrarem mais dificuldade em reduzir o número de cigarros que consomem, pois muitas vezes os cigarros estão todos contados e associados a alturas "chave" do dia, aos quais têm mais dificuldade de prescindirem.

Figura 10 – Representação esquemática do resultado da análise da relação entre as habilitações académicas, o número de cigarros que fumavam na primeira consulta, o grau de dependência tabágica em função do número de cigarros que os elementos da amostra referem conseguir reduzir, sem grande esforço



3.3 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Constituem limitações deste estudo o facto da colheita de dados ter sido realizada através da pesquisa de arquivo dos processos clínicos (estudo retrospectivo), o que apresenta as limitações inerentes a esta estratégia, como o não registo de determinados dados nos processos clínicos e alguma diferença de registos de Centro de Saúde para Centro de Saúde.

4 - CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo de prevenção secundária e terciária do tabagismo permitem-nos constatar a existência de uma rede complexa de factores que se entrecruzam e potenciam, no complexo processo de cessação tabágica.

Neste sentido, verificou-se ser na terceira década, mas sobretudo na quarta década que os indivíduos fumadores, começam o processo de tomada de decisão, da necessidade de deixarem de fumar, recorrendo assim às consultas de cessação tabágica. Neste estudo, conclui-se que os elementos com mais idade foram os que conseguiram um maior sucesso na cessação tabágica aos três e seis meses de seguimento.

Ao longo das consultas de cessação tabágica não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o sexo dos elementos e o sucesso da cessação tabágica. Regista-se, no entanto que, grande parte dos indivíduos que procuram a consulta de cessação tabágica, são do sexo masculino.

Os indivíduos que apresentam mais habilitações académicas obtiveram mais sucesso na cessação tabágica aos três meses de seguimento. Salienta-se neste estudo que, mais de metade dos elementos da amostra não têm o 3º Ciclo do Ensino Básico (ou equivalente legal), o que os torna vulneráveis no que se refere às decisões conscientes em saúde, neste caso na tomada de decisão e adesão comportamental a um estilo de vida sem tabaco.

Os elementos da amostra que não têm apoio familiar para a cessação tabágica são os que têm mais sucesso na cessação tabágica aos três e seis meses de seguimento.

Neste estudo, a média do consumo dos elementos da amostra foi de 23,55 cigarros/dia com um desvio padrão de 11,32 cigarros/dia. Os elementos que manifestaram, conseguir reduzir mais cigarros na primeira consulta, são os que apresentam mais insucesso na cessação tabágica na última consulta e aos três meses.

Os elementos que têm uma percepção mais realista das dificuldades em reduzir o consumo de tabaco são os provavelmente se capacitam de estratégias para vencer as adversidades e aproveitam as oportunidades para prosseguir com a cessação tabágica.

Quanto maior for o tempo em que cada elemento esteve sem fumar, em tentativas de cessação tabágica anteriores, maior é a probabilidade de sucesso na cessação tabágica a médio prazo (três e seis meses).

Neste estudo, a média do teste de motivação de Richmond foi de 7,10, traduzindo uma motivação moderada para deixar de fumar. Os elementos que apresentam maior índice de motivação para parar de fumar são os que apresentam maior sucesso na cessação tabágica a curto prazo (última consulta e três meses). Em sentido contrário, conclui-se que, quanto maior for

a dependência tabágica, menor é a possibilidade de sucesso na cessação tabágica aos três meses,

O número total de consultas constitui uma variável que interfere no sucesso da cessação tabágica na última consulta, aos três e seis meses. Neste sentido, verifica-se que, quanto maior for a utilização das consultas de cessação tabágica pelos elementos da amostra, maior é o sucesso na cessação tabágica.

Neste estudo concluiu-se que, o consumo de cigarros na segunda, terceira, quarta, quinta, sexta e sétimas consultas interfere com o sucesso da cessação tabágica aos três e seis meses de seguimento sendo que, os elementos que consomem em média mais cigarros são os que têm mais insucesso na cessação tabágica aos três e seis meses de seguimento.

No que se refere ao tipo de tratamento farmacológico conclui-se que este influencia de forma altamente significativa o sucesso da cessação tabágica aquando da última consulta, aos três e seis meses de seguimento. Neste sentido podemos verificar, no que diz respeito ao sucesso na última consulta que, quem não fez tratamento específico, não apresenta sucesso na cessação tabágica. Pelo contrário, quem fez tratamento específico como a vareniclina, bupropiona e nicotina apresentam, por ordem decrescente, maiores níveis de sucesso aquando da última consulta. No entanto, aos três e seis meses de seguimento verifica-se que, o tratamento com bupropiona é o que apresenta maior sucesso, seguindo-se o tratamento com vareniclina e finalmente, com nicotina.

Os elementos seguidos nas consultas de cessação tabágica obtiveram um aumento ponderal de apenas 1,17Kg o que constitui um bom indicador da eficácia das consultas. Em relação às variáveis pressão arterial sistólica e diastólica constata-se que a frequência às consultas de cessação tabágica permitiu reduzir em média 3mmHg na pressão arterial sistólica e 2,1mmHg na pressão arterial diastólica.

Os resultados da análise exploratória realizada permitem-nos concluir que, os elementos mais velhos são os que consomem um maior número de cigarros na primeira consulta e que consumiram um maior número de consultas de cessação tabágica sendo que, os elementos com mais idade foram os que conseguiram um maior sucesso na cessação tabágica aos três e seis meses de seguimento.

Os elementos do sexo masculino foram os que apresentavam um maior consumo de cigarros por dia e maior grau de dependência de nicotina aquando da primeira consulta de cessação tabágica.

As habilitações académicas não interferem com o grau de motivação para a cessação tabágica, no tipo de tratamento e no consumo de consultas de cessação tabágica. Contudo, os resultados deste estudo revelam que, os elementos com mais habilitações académicas, são quem tem um menor consumo de cigarros/dia e apresentam menor grau de dependência de nicotina.

Não se verificou relação entre as variáveis: grau de motivação para a cessação tabágica e o número de consultas de cessação tabágica frequentadas com a variável número de cigarros que os elementos da amostra referem conseguir reduzir na primeira consulta. No entanto, verifica-se

que à medida que os elementos da amostra apresentam mais habilitações académicas menor é o número de cigarros que referem conseguir reduzir facilmente. Também se verifica que à medida que os elementos da amostra fumam mais cigarros e apresentam mais dependência do tabaco na primeira consulta maior é o número de cigarros que os elementos da amostra referem conseguir reduzir facilmente.

PARTE IV - CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

Esta tese permitiu apresentar um caminho na prestação de cuidados de saúde na área do tabagismo. Um caminho que se bifurca em dois, um de prevenção primária em que se introduziu um programa de intervenção “Par-a-Par sem Tabaco” e o outro caminho relacionado com a prevenção secundária e terciária do tabagismo. Relativamente à prevenção secundária e terciária do tabagismo, avaliou-se neste estudo a eficácia das consultas de cessação tabágica, no que se refere ao sucesso na cessação tabágica, através da prevenção da recaída após cessação.

Nesta tese foram construídas e validadas três escalas: a “Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes” (EARA), a “Escala de Motivação do Fumador” (EMF) e a “Escala de Percepção do Tabaco” (EPT). As escalas apresentaram bons argumentos de fidelidade e de validade. Os resultados obtidos confirmam a natureza multidimensional da “Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes” (EARA), constituído por uma diferenciação de duas dimensões: risco relacionado com os comportamentos e risco relacionado com a auto-estima. A “Escala de Motivação do Fumador” (EMF) é constituída por uma diferenciação de seis dimensões: imagem de adulez; acessibilidade ao tabaco e sucesso pessoal e profissional; resolução de problemas e bem-estar; imagem positiva, curiosidade e imitação. Finalmente, a “Escala de Percepção do Tabaco” (EPT) é constituída por uma diferenciação de quatro dimensões: resolução de problemas; sucesso pessoal e profissional; efeitos a curto prazo e grupo de amigos.

O programa de intervenção primária “Par-a-Par sem Tabaco” foi bem recebido pelos adolescentes e restante comunidade educativa. Os pontos fortes do programa de intervenção foram a distribuição aleatória das turmas por entre os grupos experimental e de controlo. Os resultados ressaltam os benefícios demonstrados com o programa de intervenção “Par-a-Par sem Tabaco”, nomeadamente ao nível da redução do consumo médio de cigarros por semana, a perspectiva futura relativamente ao tabaco menos associada ao consumo da substância, uma evolução crescente no grau de concordância sobre o alto risco face à auto-estima e aos comportamentos, nomeadamente ao consumo de tabaco, alguma consistência nas suas percepções sobre as motivações dos fumadores e do tabaco.

Relativamente à condição de futuro fumador em ambos os grupos, nas três observações verifica-se que, quer os que já experimentaram, quer os que não experimentaram o tabaco, pretendem no futuro ser não fumadores.

Neste estudo, verificou-se uma maior eficácia do programa de intervenção junto dos elementos do sexo masculino, na medida em que na terceira observação os elementos do sexo masculino percebem mais intensamente o risco face à auto-estima e aos comportamentos, nomeadamente o consumo de tabaco.

Verificou-se que, em ambos os grupos, à medida que aumenta a idade, aumenta também a idade de experimentação tabágica, o número de cigarros consumidos semanalmente e o número de amigos fumadores. Da mesma forma, à medida que os adolescentes perspectivam o seu futuro profissional associado a classes sociais mais altas percebem as motivações dos fumadores associadas a uma imagem de adultez.

Concluiu-se também, em ambos os grupos e nas três observações que, os elementos que consomem um maior número de cigarros e os que têm um maior número de amigos fumadores são os que já experimentaram o tabaco.

No grupo experimental, nas três observações, constata-se que os adolescentes filhos de pais fumadores consomem um maior número de cigarros por semana. Regista-se também no grupo experimental, da primeira para a terceira observação que, os adolescentes filhos de pais fumadores têm um maior número de amigos fumadores.

É grande a complexidade de interações existentes entre as estratégias de coping e as dimensões da percepção do risco em adolescentes, da percepção que têm das pessoas que fumam e a percepção que os adolescentes têm do tabaco. Esta situação permite-nos concluir o quanto é importante personalizar e direccionar as intervenções a pequenos grupos de adolescentes, de acordo com as suas necessidades. Também nos permite concluir o quão complexo, difícil e prioritário é intervir junto dos adolescentes nesta fase da vida no sentido de prevenir o consumo de substâncias, nomeadamente o tabaco.

De uma forma geral, verifica-se que o programa de intervenção traduziu-se em ganhos junto dos elementos do grupo experimental, cujo pico máximo foi sentido logo após o programa de intervenção (segunda observação), traduzindo a sua máxima eficácia. Contudo, com o passar do tempo (passado um ano do seu término) tende a perder eficácia, pelo que se sugere a fim de manter e melhorar a eficácia, minimizando as possibilidades da adesão ao tabagismo, a continuação do programa de intervenção, ao longo de, pelo menos, todo 3º Ciclo do Ensino Básico, idade considerada chave para este tipo de intervenções. Sugere-se também que, a par com as medidas apresentadas neste estudo (programa de intervenção) que, se envolva toda a comunidade educativa no sentido do programa se tornar mais holístico e universal, o que poderá melhorar em grande medida a eficácia dos resultados apresentados neste estudo.

Relativamente ao segundo estudo, o programa de intervenção secundária e terciária “consultas de cessação tabágica”, pode concluir-se que o sexo dos elementos da amostra não interferiu no sucesso da cessação tabágica. No entanto, verificou-se a existência de uma rede complexa de factores que se inter cruzam e potenciam, no complexo processo de cessação tabágica.

Os elementos que apresentaram mais habilitações académicas, os que consomem um menor número de cigarros e os que apresentam um menor grau de dependência tabágica são os que apresentam maior sucesso na cessação tabágica aos três meses de seguimento. Os elementos que consomem em média mais cigarros na segunda, terceira, quarta, quinta, sexta e

sétimas consultas são os que apresentam mais insucesso na cessação tabágica aos três e seis meses de seguimento.

Os elementos que referem, na primeira consulta, conseguir reduzir um menor número de cigarros e os que apresentam maior grau de motivação, na primeira consulta, são os que apresentam mais sucesso na cessação tabágica na última consulta e aos três meses de seguimento.

Os elementos com mais idade, com pior ambiente familiar e os que apresentam um maior tempo sem fumar, em tentativas anteriores e os que mais utilizaram as consultas de cessação tabágica, foram os que conseguiram um maior sucesso na cessação tabágica aos três e seis meses de seguimento.

Os elementos que não fizeram tratamento específico não têm sucesso na cessação tabágica. Os casos de sucesso na cessação tabágica aos três e seis meses são justificados, em primeiro lugar pela utilização de bupropiona, seguindo-se a vareniclina e finalmente os substitutos de nicotina.

Finalmente, neste estudo podemos concluir que, com a consulta cessação tabágica os elementos da amostra obtiveram um ganho ponderal de aproximadamente um Kilograma e que no final da consultas, em media, os elementos da amostra apresentaram uma redução nos valores da pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica, o que traduz os benefícios da cessação tabágica.

Como podemos constatar, pelos resultados obtidos neste estudo de intervenção secundária e terciária do tabagismo, a consulta de cessação tabágica constitui uma importante medida de saúde pública no tratamento dos fumadores. Assim, estes resultados devem estimular todos os profissionais envolvidos nestas consultas no sentido de continuarem o trabalho que têm vindo a desenvolver.

A consulta de cessação tabágica constitui um desafio complexo que exige colaboração entre os vários profissionais da saúde e entre os diferentes níveis de intervenção. É um desafio que exige um tipo de pensamento fresco, abordagens inovadoras e mudanças coordenadas na política e prática em todos os níveis de saúde pública e sistemas de saúde. De facto, todos os profissionais de saúde têm a responsabilidade de promover estilos de vida saudáveis e de prestar cuidados preventivos à população, independentemente do tipo de cuidados que prestem e do local de trabalho onde exerçam.

Com estes estudos, desenhou-se um caminho que, foi bifurcado na intervenção primária e na intervenção secundária/terciária, foram traçadas algumas linhas orientadoras para a prestação de cuidados de saúde, com a certeza de que muito há para descobrir neste complexo, velho e sempre actual problema de saúde que é o tabagismo.

BIBLIOGRAFIA

- Aboyans, V., Thomas, D., & Lacroix, P. (2010). The cardiologist and smoking cessation. *Current Opinion in Cardiology*, 25, p 469–477. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20671551>
- Al-Haqwi, A. I., Tamim, H., & Asery, A. (2010). Knowledge, attitude and practice of tobacco smoking by medical students in Riyadh, Saudi Arabia. *Annals of Thoracic Medicine*, 5, 145-148. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2930652/?tool=pubmed>
doi:10.4103/1817-1737.65044
- Alberg, A. J., Carter, C. L., & Carpenter, M. J. (2007). Weight gain as an impediment to cigarette smoking cessation: A lingering problem in need of solutions. *Preventive Medicine* 44 296–297. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIImg&_imagekey=B6WPG-4MVF4TC-2-1&_cdi=6990&_user=2459663&_pii=S0091743507000047&_origin=search&_coverDate=04%2F30%2F2007&_sk=999559995&view=c&wchp=dGLbVlz-zSkWA&md5=9cf40e3b78e2adfce595516b4d64abeb&ie=/sdarticle.pdf
doi:10.1016/j.ypmed.2007.01.001
- Albers, A. B., Biener, L., Siegel, M., Cheng, D. M., & Rigotti, N. (2008). Household Smoking Bans and Adolescent Antismoking Attitudes and Smoking Initiation: Findings From a Longitudinal Study of a Massachusetts Youth Cohort. *American Journal of Public Health*, 98 No. 10, 1886-1893. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636471/pdf/1886.pdf>
doi:10.2105/AJPH.2007.129320
- Andrews, J. A., & Duncan, S. C. (1998). The effect of attitude on the development of adolescent cigarette use *Journal of Substance Abuse*, 10 No. 1, 1-7. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIImg&_imagekey=B6W5J-3YCDH6V-9-1&_cdi=6572&_user=2459663&_pii=S0899328999801357&_origin=search&_coverDate=12%2F31%2F1998&_sk=999899998&view=c&wchp=dGLbVlb-zSkWA&md5=1795e34d7bbd70498f38dfb287e688e5&ie=/sdarticle.pdf
doi:10.1016/S0899-3289(99)80135-7
- Ariza, C., Nebot, M., Tomas, Z., Gimenez, E., Valmayor, S., Tarilonte, V., & Vries, H. D. (2008). Longitudinal effects of the European smoking prevention framework approach (ESFA) project in Spanish adolescents. *European Journal of Public Health*, 18, No. 5, 491–497. Retrieved from <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/18/5/491.long> doi:10.1093/eurpub/ckn050
- Audrey, S., Holliday, J., & Campbell, R. (2006). It's good to talk: adolescent perspectives of an informal, peer-led intervention to reduce smoking. *Social Science & Medicine*, 63, 320–334. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIImg&_imagekey=B6VBF-4J624TM-3-5&_cdi=5925&_user=2459663&_pii=S0277953605007021&_origin=search&_coverDate=07%2F31%2F2006&_sk=999369997&view=c&wchp=dGLbVzz-

- zSkzk&md5=07513efd298d333569703fac52573a8f&ie=/sdarticle.pdf
doi:10.1016/j.socscimed.2005.12.010
- Backinger, C. L., Thornton-Bullock, A., Miner, C., Orleans, C. T., Siener, K., DiClemente, C. C., . . . Arkin, E. (2010). Building Consumer Demand for Tobacco-Cessation Products and Services: The National Tobacco Cessation Collaborative's Consumer Demand Roundtable. *American Journal of Preventive Medicine*, 8(3S), S307–S311. Retrieved from
http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6VHT-4YF6M65-5-1&_cdi=6075&_user=2459663&_pii=S0749379709008782&_origin=search&_coverDate=03%2F31%2F2010&_sk=999619996.8998&view=c&wchp=dGLzVlz-zSkzk&md5=dcd780f55d2e23f386b1b629493502d8&ie=/sdarticle.pdf
doi:10.1016/j.amepre.2009.12.002
- Belbeisi, A., Nsour, M. A., Batieha, A., Brown, D. W., & Walke, H. T. (2009). A surveillance summary of smoking and review of tobacco control in Jordan. *Globalization and Health* 5:18, 1-6. Retrieved from
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2794257/pdf/1744-8603-5-18.pdf>
doi:10.1186/1744-8603-5-10
- Bolin, K., Moörk, A.-C., Willers, S., & Lindgren, B. r. (2008). Varenicline as compared to bupropion in smoking-cessation therapy—Cost–utility results for Sweden 2003. *Respiratory Medicine* 102, 699–710.
- Botvin, G. J., & Kantor, L. W. (2000). Preventing Alcohol and Tobacco Use Through Life Skills Training. *Research Update, Vol. 24, No. 4*, 250-257. Retrieved from
<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh24-4/250-257.pdf>
- Brook, D. W., Brook, J. S., Zhang, C., Whiteman, M., Cohen, P., & Finch, S. J. (2008). Developmental trajectories of cigarette smoking from adolescence to the early thirties: Personality and behavioral risk factors. *Nicotine & Tobacco Research, Volume 10, Number 8*, 1283–1291. Retrieved from
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- Brook, J. S., Saar, N. S., Zhang, C., & Brook, D. W. (2009). Familial and non-familial smoking: Effects on smoking and nicotine dependence. *Drug and Alcohol Dependence* 101, 62–68. Retrieved from
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2677373/pdf/nihms94431.pdf>
doi:10.1016/j.druqalcdep.2008.11.003
- Brown, R. A., Palm, K. M., Strong, D. R., Lejuez, C. W., Kahler, C. W., Zvolensky, M. J., . . . Gifford, E. V. (2008). Distress Tolerance Treatment for Early-Lapse Smokers: Rationale, Program Description, and Preliminary Findings. *Behav Modif*, 32(3), 302–332.
- Calleja, N., & Aguilar, J. (2008). Por qué fuman las adolescentes: Un modelo estructural de la intención de fumar. *ADICCIONES*, 20, N° 4, 387-394. Retrieved from
<http://www.adicciones.es/files/calleja.pdf>
- Campbell, R., Starkey, F., Holliday, J., Audrey, S., Bloor, M., Parry-Langdon, & al, e. (2008). An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomised trial. *The Lancet*, 371 (10), 1595–1602. Retrieved from
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2387195/?tool=pubmed>
doi:10.1016/S0140-6736(08)60692-3

- Caponnetto, P., & Polosa, R. (2008). Common predictors of smoking cessation in clinical practice. *Respiratory Medicine* 102, 1182-1192. doi: 10.1016/j.rmed.2008.02.017
- Carlson, L. E., Taenzer, P., Koopmans, J., & Bultz, B. D. (2000). Eight-year follow-up of a community-based large group behavioral smoking cessation intervention. *Addictive Behaviors*, 25 No. 5, 725-741. doi: 10.1016/S0306-4603(00)0081-2
- Cokkinides, V., Bandi, P., McMahon, C., Jemal, A., Glynn, T., & Ward, E. (2009). Tobacco Control in the United States—Recent Progress And Opportunities. *A cancer Journal for Clinicians*, 59, 352-365
- Committee on Environmental Health, C. o. S. A., Committee on Adolescence, & Health, C. O. N. A. C. . (2009). Policy Statement—Tobacco Use: A Pediatric Disease. . *American Academy of Pediatrics* 124, N. 5. Retrieved from <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/124/5/1474>
doi:10.1542/peds.2009-2114
- Cornuz, J. (2007). Smoking Cessation Interventions in Clinical Practice. *European Society for Vascular Surgery*, 34, 397-404. Retrieved from Smoking Cessation Interventions in Clinical Practice doi:10.1016/j.ejvs.2007.06.009
- Costa, L., & Goldfard, S. (2000). Tabagismo. Estudos em adolescentes e jovens, from <http://www.bireme.br/bvs/adolesc/p/cadernos/capitulo/cap.16/cap16.htm>.
- Cruz, G. G., Ferrero, M. B., Fernández, A. M., Coca, I. A., & García, M. T. (2008). Factores predictores de la conducta fumadora en alumnos de enseñanza secundaria. *Anales de Pediatría*, 68, n° 5, 454-461. Retrieved from http://www.psiquiatria.com/articulos/trastornos_infantiles/tr_mentales_organicos_y_consumo_de_toxicos/36225/
- Cryan, J. F., Gasparini, F., Heeke, G. v., & Markou, A. (2003). Non-nicotinic neuropharmacological strategies for nicotine dependence: beyond bupropiona Drug Discovery Today. *focusDDT*, Vol. 8, No. 22. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6T64-4B7P69Y-C-9&_cdi=5020&_user=2459663&_pii=S1359644603028903&_origin=search&_coverDate=11%2F15%2F2003&_sk=999919977&view=c&wchp=dGLzVtz-zSkzk&md5=f95cbf0829241c043c8213f9ffc434f8&ie=/sdarticle.pdf
doi:10.1016/S1359-6446(03)02890-3
- Czarnecki, K. D., Vichinsky, L. E., Ellis, J. A., & Perl, S. B. (2010). Media Campaign Effectiveness in Promoting a Smoking-Cessation Program. *American Journal of Preventive Medicine*, 8(3S), S333-S342. Retrieved from <http://www.tobacco-cessation.org/PDFs/March%202010%20Supplement/Media-Czarnecki.pdf>
doi:10.1016/j.amepre.2009.11.019
- Dale, L. C., Glover, E. D., Sachs, D. P. L., Schroeder, D. R., Offord, K. P., Croghan, I. T., & Hurt, R. D. (2001). Bupropion for Smoking Cessation: Predictors os successful outcomes. *American College of Chest Physicians*, 119 (5) 1357-1364. doi: 10.1378/chest.119.5.1357
- Danzon, M., & Piha, T. (1991). A Europa e o tabaco. *A saúde no mundo*, Novembro/Dezembro.
- Dias, S. F. (Ed.). (2006). *Educação pelos pares: uma estratégia na promoção da saúde*. (1ª ed.). Lisboa.
- DiFranza, J., Savageau, J., Fletcher, K., O'Loughlin, J., Pbert, L., Ocken, J., . . . Wellman, R. (2007). Symptoms of Tobacco Dependence After Brief Intermittent Use- 2

- study. *Archives Pediatrics Adolescent Medicine*, 161, 704-710. Retrieved from <http://archpedi.ama-assn.org/cgi/content/full/161/7/704>
- Direcção Geral da Saúde, P. (2005). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica Vol. Circular normativa N.º: 04/DGCG de 17/03/05. d. Direcção Geral de Saúde. Circular normativa N.º: 04/DGCG (Ed.) Retrieved from <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006907.pdf>
- Direcção Geral Saúde, P. (2004a). Plano Nacional de Saúde: 2004/2010. Volume I – Prioridades Vol. Volume I. Retrieved from http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol1.pdf
- Direcção Geral Saúde, P. (2004b). Plano Nacional de Saúde: 2004/2010. Volume II – Orientações Estratégicas Vol. Volume II Retrieved from http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf
- Direcção Geral Saúde, P. (2004c). Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre determinantes da Saúde relacionados com os estilos de vida Retrieved from http://static.publico.clix.pt/docs/pesoemedia/DGS_Programa_Nacional_Intervenc_ao_Integrada_Determinantes_Saude_Relacionados_Estilos_Vida_2003.pdf
- Direcção Geral Saúde, P. (2007). Estudo Interpretativo – Direcção-Geral da Saúde : Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto - Aprova normas para a protecção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas e redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo Retrieved from <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009304.pdf>
- Dishion, T. J., & Owen, L. D. (2002). A longitudinal analysis of friendship and substance use: bidirectional influence from adolescence to adulthood Vol. 38(4). *Developmental Psychology* (pp. 480–491). Retrieved from <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2002-01756-002>
- Durcan, M. J., Deener, G., White, J., Johnston, J. A., Gonzales, D., Niuura, R., . . . Sachs, D. R. (2002). The Effect of Bupropion Sustained-Release on Cigarette Craving After Smoking Cessation. *Clinical Therapeutics*, Vol. 24, N. 4, 540-551. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12017399>
doi:10.1016/S0149.2918(02)85130-X
- Estatística, I. N. d. (2008, 23-01-2009). Classificação Nacional de Profissões from <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Paginas/CNP.aspx>
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhardt, G., Bohrn, K., Cuomo, L., Gregori, D., . . . Group, E.-D. S. (2010). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-Month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial *Drug Alcohol Dependence*, 108, 56-64. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MImg&_imagekey=B6T63-4Y648DM-1-5&_cdi=5019&_user=2459663&_pii=S0376871609004384&_origin=search&_coverDate=04%2F01%2F2010&_sk=998919998&view=c&wchp=dGLbVtz-zSkzS&md5=fb3ee1fd4abd58380a078eb5dfae5b75&ie=/sdarticle.pdf
doi:10.1016/j.drugalcdep.2009.11.018
- Falomir-Pichastori, J. M., Mugny, G., Invernizzi, F., Di Palma, A., & Estrada, M. M. (2007). Does the campaign against tobacco use necessarily reduce the attractions of smoking for young people? Identity issues surrounding initiation into tobacco consumption. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 57, 257–265. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MImg&_imagekey=B75DK-

- 4ND71N6-4-
1&_cdi=13041&_user=2459663&_pii=S1162908807000370&_origin=search&_coverDate=12%2F31%2F2007&_sk=999429995&view=c&wchp=dGLzVtz-zSkzS&md5=9ed75f50e966c896aefbdda50301ebbe&ie=/sdarticle.pdf
doi:10.1016/j.era.2006.12.002
- Faou, A.-L. L., Plard, C., Rodon, N., & Lagrue, G. (2007). Caractéristiques des adolescents fumeurs s'adressant aux consultations de tabacologie. *Archives de pédiatrie*, 14, 1062–1068. Retrieved from
http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6VKK-4NW1H7H-1-1&_cdi=6125&_user=2459663&_pii=S0929693X07003041&_origin=search&_coverDate=09%2F30%2F2007&_sk=999859990&view=c&wchp=dGLbVtz-zSkzV&md5=5c69085be766285de2c56b4f92500a2f&ie=/sdarticle.pdf
doi:10.1016/j.arcped.2007.04.015
- Feijão, F., & Lavado, E. (2003). *Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga, em alunos do ensino público – Portugal Continental / 2003 (ECATD / 2003)*. Retrieved from
http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/Folheto/ecatd_Tabaco.pdf.
- Ferreira, P. L., Quintal, C., Lopes, I., & Taveira, N. (2009). Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 27, nº 2. Retrieved from
http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-90252009000200005&script=sci_arttext
- Fiore M, Jaen C, Baker T, & al., e. (2009). Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline: 2008 UPDATE. *UPDATE*. Retrieved from
<http://www.ahrq.gov/clinic/tobacco/tobaqrg.pdf>
- Fiore, M., & Westman, E. C. (2005). Atualização sobre abstinência Tabágica. *Patient Care*, Vol.10, N.º 101, 42-59.
- Fortin, M. F. (1999). O processo de Investigação: da concepção à realização. Lusodidacta. ISBN:972-8383-10-X.
- Fortin, M.-F., Côte, J., & Filion, F. (Eds.). (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação: LUSODIDACTA*.
- García, L. M., Ramos, S. M., Aumatell, C. M., & Torrell, J. M. R. (2009). Brief Smoking Cessation Intervention in Hospitalized Patients With Cardiovascular Disease. *Revista Espanhola de Cardiologia* (Vol. 62(4), pp. 447-450).
- Garrison, G. D., & Dugan, S. E. (2009). Varenicline: A First-Line Treatment Option for Smoking Cessation. *Clinical Therapeutics*, Volume 31, Number 3, 463-491. Retrieved from
http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6VRS-4W4CMKG-2-1&_cdi=6242&_user=2459663&_pii=S0149291809000964&_origin=search&_coverDate=03%2F31%2F2009&_sk=999689996&view=c&wchp=dGLbVIW-zSkzV&md5=8fd4ba152697c4fda9bdf86ceebe6729&ie=/sdarticle.pdf
doi:10.1016/j.clinthera.2009.03.021
- Garrison, M. M., Christakis, D. A., Ebel, B. E., Wiehe, S. E., & Rivara, F. P. (2003). Smoking Cessation Interventions for Adolescents. A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(4) 363-367. doi: 10.1016/S0749-3797(03)00213-7

- George, T. P., & O'Malley, S. S. (2004). Current pharmacological treatments for nicotine dependence. *TRENDS in Pharmacological Sciences*, Vol.25 No.1, 42-48. doi: 10.1016/j.tips.2003.11.003
- Gomes-Pedro, J. (Ed.). (1999). *A criança e a nova pediatria*.
- Gorski, T. T. (2000). The CENAPS® Model of Relapse Prevention Therapy (CMRPT®) N. P. National Institute on Drug Abuse (Ed.) Retrieved from http://www.disintossicazionedronet.org/lineeguida/ligu_pdf/appro_co.pdf#page=21
- Gourlay, S. G., Forbes, A., Marriner, T., D., P., & Macneil, J. (1994). Prospective study of factors predicting outcomes of transdermal nicotine treatment in smoking cessation. *British Medical Journal*, 309, 842-846.
- Greene, C., & Baneerje, S. S. (2008). *Adolescents' Responses to Peer Smoking Offers: The Role of Sensation Seeking and Self-esteem*. 13. Retrieved from http://pdfserve.informaworld.com/777736_778384746_793249536.pdf
- Group, E. O. R. (2003). Special Eurobarometer: Europeans on smoking and the environment: actions and attitudes. E. Commission (Ed.) Retrieved from http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_183_en.pdf
- Halpern-Felsher, B. L., Biehl, M., Kropp, R. Y., & Rubinstein, M. L. (2004a). Perceived risks and benefits of smoking: differences among adolescents with different smoking experiences and intentions. *Preventive Medicine* 39 559–567. Retrieved from Perceived risks and benefits of smoking: differences among adolescents with different smoking experiences and intentions doi:10.1016/j.ypmed.2004.02.017
- Halpern-Felsher, B. L., Biehl, M., Kropp, R. Y., & Rubinstein, M. L. (2004b). Perceived risks and benefits of smoking: differences among adolescents with different smoking experiences and intentions. *Preventive Medicine*, 39 559–567.
- Halaty, L. S., Huttner, M. D., Netto, I. C. d. O., Santos, V. A., & Martins, G. (2002). Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. *J. Pneumologia Vol.28 No.4*, 180-186.
- Hatsukami, D. K., Stead, L. F., & Gupta, P. C. (2008). Tobacco addiction. *Lancet* 371, 2027–2038. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6T1B-4SRFCCJ-13-6&_cdi=4886&_user=2459663&_pii=S0140673608608715&_origin=search&_coverDate=06%2F20%2F2008&_sk=996280370&view=c&wchp=dGLzVtz-zSkzk&md5=d64aba062e510d0fe974d18aa5aae607&ie=/sdarticle.pdf doi:10.1016/S0140-6736(08)60871-5
- Health, C. o. E., Abuse, C. o. S., Adolescence, C. o., & Health, C. o. N. A. C. (2009). Policy Statement—Tobacco Use: A Pediatric Disease. *AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS*, 124, N. 5 1474 - 1487. doi: 10.1542/peds.2009-2114
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerstrom, K. O. (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86 (9), 1119–1127. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6VC9-4CS4FJ6-2-1&_cdi=5949&_user=2459663&_pii=S0306460304001972&_origin=search&_coverDate=03%2F31%2F2005&_sk=999699996&view=c&wchp=dGLbVzb-

- zSkzS&md5=db8570672602a9827778f4eb130ed8f2&ie=/sdarticle.pdf
doi:10.1016/j.addbeh.2004.05.023
- Hebert, K. K., Cummins, S. E., Hernández, S., Tedeschi, G. J., & Zhu, S.-H. (2011). Current Major Depression Among Smokers Using a State Quitline. *40(1)*, 47–53. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6VHT-51NNFGR-B-1&_cdi=6075&_user=2459663&_pii=S0749379710005556&_origin=search&_coverDate=01%2F31%2F2011&_sk=999599998&view=c&wchp=dGLzVtz-zSkzV&md5=ac5e75aa03930aea55322d0029e6a2e8&ie=/sdarticle.pdf
doi:10.1016/j.amepre.2010.09.030
- Hiemstra, M., Ringlever, L., Otten, R., Jackson, C., Schayck, O. C., & Engels, R. C. (2009). Efficacy of smoking prevention program 'Smoke-free Kids': study protocol of a randomized controlled trial. *BioMed Central Public Health*, *9*: 477, 1-10. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2805639/?tool=pubmed>
doi:10.1186/1471-2458-9-477
- Hill, M. M., & Hill, A. (Eds.). (2008). *Investigação por Questionário* (2ª edição ed.). Lisboa.
- Hiscock, R., Judge, K., & Bauld, L. (2010). Social inequalities in quitting smoking: what factors mediate the relationship between socioeconomic position and smoking cessation? *Journal of Public Health*, *22*, 1–9 Retrieved from <http://jpubhealth.oxfordjournals.org/content/early/2010/12/22/pubmed.fdq097.full.pdf+html> doi:10.1093/pubmed/fdq097
- Hughes, J., Peters, R., N., E., & Naud, S. (2008). Relapse to smoking after 1 year of abstinence: A meta-analysis. *Addictive Behaviors* *33*, 1516–1520. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2577779/pdf/nihms74689.pdf>
doi:10.1016/j.addbeh.2008.05.012
- Instituto Qualidade Saúde, P. (2002). Norma de orientação clínica: Tratamento do uso e dependência do tabaco. Retrieved from <http://www.treatobacco.net/en/uploads/documents/Treatment%20Guidelines/Portugal%202002.pdf>
- Jason, L. A., Pokorny, S. B., Adams, M. L., Topliff, A., Harris, C. C., & Hunt, Y. (2009). Effects of Youth Tobacco Access and Possession Policy Interventions on Heavy Adolescent Smokers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *6*, 1-9. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2672330/pdf/ijerph-06-00001.pdf>
doi:10.3390/ijerph6010001
- Johnson, C. C., Myers, L., Webber, L. S., Boris, N. W., He, H., & Brewer, D. (2009). A School-Based Environmental Intervention to Reduce Smoking among High School Students: The Acadiana Coalition of Teens against Tobacco (ACTT). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *6*, 1298-1316. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2681204/pdf/ijerph-06-01298.pdf> doi:10.3390/ijerph6041298
- Johnson, P. B., Boles, S. M., Kleber, H. D., Vaughan, R. D., & McVeigh, K. H. (2009). Age-related differences in adolescent smokers' and nonsmokers' assessments of the relative addictiveness and health harmfulness of cigarettes, alcohol, and marijuana. *JOURNAL OF SUBSTANCE ABUSE*, *Volume 11, Number 1*, 45 - 52. Retrieved

- from http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIImg&_imagekey=B6W5J-3YRW92X-5-1&_cdi=6572&_user=2459663&_pii=S089932899900019X&_origin=search&_coverDate=01%2F31%2F2000&_sk=999889998&view=c&wchp=dGLbVlz-zSkzk&md5=4b703ab28c94b2e13021e13fba37f3f4&ie=/sdarticle.pdf
doi:10.1016/S0899-3289(99)00019-X
- Jorenby, D. E., Hays, J. T., Rigotti, N. A., Azoulay, S., Watsky, E. J., Williams, K. E., . . . Reeves, K. R. (2006). Efficacy of Varenicline, an $\alpha_4\beta_2$ Nicotinic Acetylcholine Receptor Partial Agonist, vs Placebo or Sustained-Release Bupropion for Smoking Cessation A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 296, No. 1 56-63.
- Kalman, D., Hoskinson, R., Sambamoorthi, U., & Garvey, A. J. (2010). A prospective study of persistence in the prediction of smoking cessation outcome: Results from a randomized clinical trial. *Addictive Behaviors* 35, 179–182. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIImg&_imagekey=B6VC9-4X908XC-1-1&_cdi=5949&_user=2459663&_pii=S0306460309002469&_origin=search&_coverDate=02%2F28%2F2010&_sk=999649997&view=c&wchp=dGLzVzb-zSkzS&md5=ce4bd3823ca81825094d9b228b7c295b&ie=/sdarticle.pdf
doi:10.1016/j.addbeh.2009.09.017
- Kaplan, M., Newsom, J., & McFarland, B. (2002). Older adults' contact with health practitioners: is there an association with smoking practices? *The Journals of gerontology*.
- Kauffman, R., Ferketich, A., Wee, A., Shultz, J., Kuun, P., & Wewers, M. (2008a). Factors Associated with Smnokeless Tobacco Cessation in an Appalachian Population. *Addictive Behaviors* 33(6), 821-830.
- Kauffman, R., Ferketich, A., Wee, A., Shultz, J., Kuun, P., & Wewers, M. (2008b). Factors Associated with Smnokeless Tobacco Cessation in an Appalachian Population. *Addictives Behaviour*, 33(6), 821-830. doi: 10.1016/j.addbeh.2008.01.004
- Kleppinger, A., Litt, M. D., Kenny, A. M., & Oncken, C. A. (2010). Effects of Smoking Cessation on Body Composition in Postmenopausal Women. *Journal of Women's Health*, 19, 1651-1657. Retrieved from <http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/jwh.2009.1853>
doi:10.1089/jwh.2009.1853
- Koumi, I., & Tsiantis, J. (2001). Smoking trends in adolescence: Report on a Greek school-based, peer-led intervention aimed at prevention. *Health Promotion International*, 16 (1), 65-72.
- Koval, J. J., & Pederson, L. L. (1999). Stress-coping and other psychosocial risk factors: a model for smoking in grade 6 students *Addictive Behaviors*, 24, 207-218 Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIImg&_imagekey=B6VC9-3VYYD9J-5-5&_cdi=5949&_user=2459663&_pii=S0306460398000379&_origin=search&_coverDate=03%2F04%2F1999&_sk=999759997&view=c&wchp=dGLzVlb-zSkzV&md5=82c6cf9ff3c2a722ef94726d96df6bc0&ie=/sdarticle.pdf
doi:10.1016/S0306-4603(98)00037-9
- Laniado-Laborín, R. (2009). Smoking and Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Parallel Epidemics of the 21st Century. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6, 209-224. doi: 10.3390/ijerph6010209

- Lanting, C. I., Buitendijk, S. E., Crone, M. R., Segaar, D., Gravenhorst, J. B., & Wouwe, J. P. v. (2009). Clustering of Socioeconomic, Behavioural, and Neonatal Risk Factors for Infant Health in Pregnant Smokers. *Smoking in Pregnancy*, 4, 1-6. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2791217/pdf/pone.0008363.pdf> doi:10.1371/journal.pone.0008363
- Lipperman-Kreda, S., Paschall, M. J., & Grube, J. W. (2009). Perceived enforcement of school tobacco policy and adolescents' cigarette smoking. *Preventive Medicine*, 48, 562–566. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2748128/pdf/nihms128235.pdf> doi:10.1016/j.ypmed.2009.03.008
- Machado, A., Nicolau, R., & Dias, C. M. (2009a). Consumo de tabaco na população portuguesa : análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 I. N. d. S. D. R. J. D. d. Epidemiologia (Ed.) Retrieved from <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/Tabaco.pdf>
- Machado, A., Nicolau, R., & Dias, C. M. (2009b). Consumo de tabaco na população portuguesa retratado pelo Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006). . *Revista Portuguesa de Pneumologia*, vol.15, no.6, p.1005-1027. Retrieved from <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/pne/v15n6/v15n6a02.pdf>
- Marques, A. C. P. R., Campana, A., Gigliotti, A. d. P., Lourenço, M. T. C., Ferreira, M. P., & Laranjeira, R. (2001). Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 4 (23), 200-214. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n4/7168.pdf>
- Matsushita, Y., Nakagawa, T., Yamamoto, S., Takahashi, Y., Noda, M., & Mizoue, T. (2010). Associations of Smoking Cessation With Visceral Fat Area and Prevalence of Metabolic Syndrome in Men: The Hitachi Health Study. *Obesity*, 21. Retrieved from <http://www.nature.com/oby/journal/vaop/ncurrent/full/oby2010237a.html> doi:10.1038/oby.2010.237
- Mayhew, K., Flay, B., & Mott, J. (2000). Stages in the development of adolescent smoking. *Drug Alcohol Depend*, 59, 61-81. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T63-402K6KB-6&_user=10&_coverDate=05%2F01%2F2000&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=d3d1826ab5e80720ae53677d3a08be43&searchtype=a doi:10.1016/S0376-8716(99)00165-9
- McClure, J. B., Ludman, E. J., Grothaus, L., Pabiniak, C., & Richards, J. (2009). Impact of a Brief Motivational Smoking Cessation Intervention: The Get PHIT Randomized Controlled Trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(2), 116–123. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MImg&_imagekey=B6VHT-4WH6KK3-2-3&_cdi=6075&_user=2459663&_pii=S0749379709002979&_origin=search&_coverDate=08%2F31%2F2009&_sk=999629997&view=c&wchp=dGLbVtb-zSkzS&md5=9099ad2e997d1d2edb8694702b5761ef&ie=/sdarticle.pdf doi:10.1016/j.amepre.2009.03.018

- Mercken, L., Snijders, T. A. B., Steglich, C., & Vries, H. (2009). Dynamics of adolescent friendship networks and smoking behavior: Social network analyses in six European countries. *Social Science & Medicine* 69 1506–1514. Retrieved from <http://stat.gamma.rug.nl/MerckenSnijdersSteglichVartiainenDeVries2009.pdf> doi:10.1016/j.socnet.2009.02.005
- Morchón, S., Blasco, J. A., Rovira, A., Arias, C. N., & Ramón, J. M. (2001). Efectividad de una intervención de deshabituación tabáquica en pacientes con patología cardiovascular. *Rev Esp Cardiol* 54, 1271-1276. Retrieved from http://www.elsevier.es/cardio/ctl_servlet?_f=40&ident=13021096
- Morchon, S., Masuet, C., & JM, R. (2007). Prognostic factors for tobacco consumption reduction after relapse. *Addictive Behaviors* 32(9), 1877-1886. doi: 10.1016/j.addbeh.2006.12.025
- Nakamura, M., Oshima, A., Fujimoto, Y., Maruyama, N., Ishibashi, T., & Reeves, K. R. (2007). Efficacy and Tolerability of Varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ Nicotinic Acetylcholine Receptor Partial Agonist, in a 12-Week, Randomized, Placebo-Controlled, Dose-Response Study with 40-Week Follow-Up for Smoking Cessation in Japanese Smokers. *Clinical Therapeutics* 29, Number 6, 1040-1056. doi: 10.1016/j.clinthera.2007.06.012
- Nilsson, M., Weinehall, L., Bergstrom, E., Stenlund, H., & Janlert, U. (2009). Adolescent's perceptions and expectations of parental action on children's smoking and snus use; national cross sectional data from three decades. *Bio Med Central Public Health*, 9/74, 1-8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2664804/pdf/1471-2458-9-74.pdf> doi:10.1186/1471-2458-9-74
- Nunes, E. (2006). Consumo de tabaco: Efeitos na Saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, N.º 22, 225-244.
- Nunes, E., & al, e. (Eds.). (2008). *Cessação Tabágica: Programa tipo de Actuação*: Gradiva – Publicações, S.A.
- Nunes, E., & Breda, J. (2001). *Manual para uma Alimentação Saudável em Jardins-de-infância*. Lisboa.
- Nunes, E., Candeias, A., Mendes, B., Pardal, C., Fonseca, J., Oliveira, L., . . . Vinagre, S. (2008). *Cessação Tabágica: Programa tipo de Actuação*. Direcção Geral da Saúde S. A. Direcção-Geral da Saúde/Gradiva – Publicações (Ed.) Retrieved from <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009774.pdf>
- OPSS, O. P. d. S. d. S. (2010). Relatório de Primavera 2010: Desafios em Tempo de Crise. O. P. d. S. d. Saúde (Ed.) Retrieved from http://www.uc.pt/org/ceisuc/Documentos/rp/rp_2010.pdf
- Orleans, C. T., Mabry, P. L., & Abrams, D. B. (2010). Increasing Tobacco Cessation in America: A Consumer Demand Perspective. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(3S), S303–S306. Retrieved from <http://www.tobacco-cessation.org/PDFs/March%202010%20Supplement/Increasing%20-Orleans.pdf> doi:10.1016/j.amepre.2010.01.013
- Ouedraogo, É., Turcotte, F., Ashley, M. J., Brewster, J. M., & Ferrence, R. (2009). Factors associated with the adoption of a smoking ban in Quebec households. *Chronic Diseases in Canada*, 29 - N. 3.
- Palos, P. A., Barrera, C. P., Martinez, L. B. A., Oviedo, M. E. S., & Oca, A. L. M. (2009). Resistance to peer and partner pressure and tobacco and alcohol use among

- adolescents. *ADICCIONES* 21 N. 3 243-250. Retrieved from <http://www.adicciones.es/files/243-250%20andrade.pdf>
- Panday, S., Reddy, S. P., Ruiter, R. A. C., Bergstrom, E., & Vries, H. D. (2007). Determinants of smoking among adolescents in the Southern Cape-Karoo region, South Africa. *Health Promotion International*, Vol. 22 No. 3, 207-217. doi: 10.1093/heapro/dam018
- Pardal, M. M. (1989). Dependência tabágica – análise de alguns factores. *Revista Saúde e Escola. Instituto de apoio sócio educativo*, N°3.
- Patterson, F., Jepson, C., Kaufmann, V., Rukstalis, M., Audrain-McGovern, J., Kucharski, S., & Lerman, C. (2003). Predictors of attendance in a randomized clinical trial of nicotine replacement therapy with behavioral counseling. *Drug and Alcohol Dependence* 72, 123–131. Retrieved from <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0376871603001947> doi:10.1016/S0376-8716(03)00194-7
- Pepe, S., Sobral, J., Gómez-Fraguela, J. A., & Villar-Torres, P. (2008). Spanish adaptation of the Adolescents' perceived collective family efficacy scale. *Psicothema* Vol. 20, n° 1, 148-154. Retrieved from <http://www.psicothema.com/PDF/3441.pdf>
- Pérez-Ríos, M., Santiago-Pérez, M., Alonso, B., Malvar, A., Hervada, X., & Leon, J. (2009). Fagerstrom test for nicotine dependence vs heavy smoking index in a general population survey. *BMC Public Health*, 9:493, 1-5. doi: doi:10.1186/1471-2458-9-493
- Perry, C. L., Komro, K. A., Veblen-Mortenson, S., Bosma, L. M., FarbaKhsh, K., Munson, K. A., . . . Lytle, L. A. (2003). A Randomized Controlled Trial of the Middle and Junior High School D.A.R.E. and D.A.R.E. Plus Programs *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157 N° 2, 178-184. Retrieved from <http://archpedi.ama-assn.org/cgi/content/full/157/2/178>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS-. In E. Sílabo (Ed.). Lisboa.
- Piasecki, T. M., Jorenby, D. E., Smith, S. S., Fiore, M. C., & Baker, T. B. (2002). Smoking Withdrawal Dynamics: II. Improved Tests of Withdrawal–Relapse Relations. *Journal of Abnormal Psychology -American Psychological Association, Inc.*, Vol. 112, No. 1, 14–27. Retrieved from <http://dionysus.psych.wisc.edu/lit/articles/PiaseckiT2002a.pdf> doi:10.1037/0021-843X.112.1.14
- Pisinger, C., & Jorgensen, T. (2007). Waist circumference and weight following smoking cessation in a general population: The Inter99 study. *Preventive Medicine* 44 (2007), 290–295. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MImg&_imagekey=B6WPG-4MSY89R-1-5&_cdi=6990&_user=2459663&_pii=S0091743506005068&_origin=search&_coverDate=04%2F30%2F2007&_sk=999559995&view=c&wchp=dGLbVlz-zSkWA&md5=144fcff8ec3bd39db42ef2fe1b7da402&ie=/sdarticle.pdf doi:10.1016/j.ypmed.2006.11.015
- Pisinger, C., Vestbo, J., Borch-Johnsen, K., & Jorgensen, T. (2005a). It is possible to help smokers in early motivational stages to quit. The Inter99 study. *Preventive Medicine* 40, 278– 284. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MImg&_imagekey=B6WPG-4D34KJ3-2-

- 5&_cdi=6990&_user=2459663&_pii=S0091743504003172&_origin=search&_coverDate=03%2F31%2F2005&_sk=999599996&view=c&wchp=dGLbVlz-zSkzV&md5=2f42b17d371c71d09e5007561cb4d125&ie=/sdarticle.pdf
doi:10.1016/j.ypmed.2004.06.011
- Pisinger, C., Vestbo, J., Borch-Johnsen, K., & Jorgensen, T. (2005b). Smoking cessation intervention in a large randomised population-based study. The Inter99 study. *Preventive Medicine* 40 285–292. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIImg&_imagekey=B6WPG-4D34KJ3-1-5&_cdi=6990&_user=2459663&_pii=S0091743504003202&_origin=search&_coverDate=03%2F31%2F2005&_sk=999599996&view=c&wchp=dGLzVlz-zSkzk&md5=10e5ec04eda43f6cc2c4dc8b75e6ba5e&ie=/sdarticle.pdf
doi:10.1016/j.ypmed.2004.06.001
- Prahabat, J., & Chaloupka, F. J. (1999). Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control T. W. B. W. D.C. (Ed.) Retrieved from <http://www.usaid.gov/policy/ads/200/tobacco.pdf>
- Precioso, J. (2006). Boas práticas em prevenção do tabagismo no meio escolar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, N° 22, 201-222.
- Precioso, J. (Ed.). (1999). *A educação para a saúde na Escola: um estudo sobre a prevenção do hábito de fumar*. Braga.
- Precioso, J. (Ed.). (1999). *A educação para a saúde na Escola: um estudo sobre a prevenção do hábito de fumar*.
- Precioso, J., & Macedo, M. (2004). Bases científicas para a prevenção do consumo de tabaco na escola. *O Professor*, N.º 84, III Série, 13-21. Retrieved from [http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3982/1/Bases%20Cient%20ADficas%20para%20a%20Preven%20A7%20A3o%20do%20Consumo%20de%20Tabaco%20na%20Escola%20-%20O%20Professor%20-%20Mar%20A7o-Abril%20\(pp.13-21\).pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3982/1/Bases%20Cient%20ADficas%20para%20a%20Preven%20A7%20A3o%20do%20Consumo%20de%20Tabaco%20na%20Escola%20-%20O%20Professor%20-%20Mar%20A7o-Abril%20(pp.13-21).pdf)
- Precioso, J., Samorinha, C., Calheiros, J. M., Macedo, M., Antunes, H., & Campos, H. (2010). Second hand smoke (SHS) exposure in children. An evaluation of a preventative measure. *Revista Portuguesa de Pneumologia Vol XVI N.º 1 Janeiro/Fevereiro*, 57-72.
- Presman, S., Carneiro, E., & Giogliotti, A. (2005). Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. *Revista psiquiatria Clínica*, 32 (5), 267-275. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n5/27701.pdf>
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory Reserche and Practice*, 19 (3), 276-288. Retrieved from <http://www.deepdyve.com/lp/psycharticles-reg/transtheoretical-therapy-toward-a-more-integrative-model-of-change-c76zXPn7tM>
- Prokhorov, A. V., Kelder, S. H., Shegog, R., Murray, N., Peters, R., Agurcia-Parker, C., . . . Marani, S. (2008). Impact of A Smoking Prevention Interactive Experience (ASPIRE), an interactive, multimedia smoking prevention and cessation curriculum for culturally diverse high-school students. *Nicotine & Tobacco Research*, 10 N°9, 1477–1485. Retrieved from <http://ntr.oxfordjournals.org/content/10/9/1477.abstract>
doi:10.1080/14622200802323183

- Rebelo, L. (2004). Consulta de Cessação Tabágica – uma proposta para a Medicina Geral e Familiar Lisboa. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, N.º 20, 87-98. Retrieved from http://www.apmcg.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=33568&artId=399
- Rebelo, L. (2008). Consulta de cessação tabágica no Centro de Saúde de Alvalade. Os primeiros 184 pacientes fumadores. Avaliação de resultados. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 13-20. Retrieved from http://www.apmcg.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=33568&artId=4
- Resnicow, K., Reddy, S. P., James, S., Omandien, R. G., Kambaran, N. S., Langner, H. G., . . . Nichols, T. (2008). Comparison of Two School-Based Smoking Prevention Programs among South African High School Students: Results of a Randomized Trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 36, 231–243. Retrieved from <http://www.springerlink.com/content/9pr0435414pnk458/fulltext.pdf> doi:10.1007/s12160-008-9072-5
- Richmond, R. L., Kehoe, L. A., & Webster, I. W. (1993). Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction*, 88, 1127–1135. Retrieved from doi:10.1111/j.1360-0443
- Roger, J.-L. (Ed.). (1984). *Como deixar de fumar*. Lisboa.
- Rollema, H., Chambers, L. K., Coe, J. W., Glowa, J., Hurst, R. S., Lebel, L. A., . . . Williams, K. E. (2007). Pharmacological profile of the a4b2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist varenicline, an effective smoking cessation aid. *Neuropharmacology*, 52, 985-994. doi: 10.1016/j.neuropharma.2006.10.016
- Rosendahl, K. I., Galanti, M. R., & Gilljam, H. (2008). Trajectories of smokeless tobacco use and of cigarette smoking in a cohort of Swedish adolescents: Differences and implications. *Nicotine & Tobacco Research* 10, N° 6 1021–1027. Retrieved from <http://ntr.oxfordjournals.org/content/10/6/1021.abstract> doi:10.1080/14622200802097522
- Santos, M. (2006). Intervenção motivacional numa consulta de tabagismo com base no modelo de mudança comportamental – uma proposta. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 255-262. Retrieved from <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20070529105519734186.pdf>
- Santos, S. R., Gonçalves, M. S., Filho, F. S. S. L., & Jardim, J. R. (2008). Profile of smokers seeking a smoking cessation program. *Jornal Bras Pneumol.* , 34(9), 695-701. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132008000900010 doi:10.1590/S1806-37132008000900010
- Schane, R. E., Glantz, S. A., & Ling, P. M. (2009). Social Smoking Implications for Public Health, Clinical Practice, and Intervention Research. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(2), 124 –131. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6VHT-4WR4N1P-4-1&_cdi=6075&_user=2459663&_pii=S0749379709003018&_origin=search&_coverDate=08%2F31%2F2009&_sk=999629997&view=c&wchp=dGLbVtz-zSkzk&md5=1b80f6b5bd44a0e0a6d4322df1080f91&ie=/sdarticle.pdf doi:10.1016/j.amepre.2009.03.020
- Schayck, O. C. v., Pinnock, H., Ostrem, A., Litt, J., Tomlins, R., Williams, S., . . . Yaman, H. (2008). IPCRG Consensus statement: Tackling the smoking epidemic - practical guidance for primary care. *Primary Care Respiratory Journal*, 17(3), 185-193.

- Retrieved from http://www.thepcrj.org/journ/vol17/17_3_185_193.pdf
doi:10.3132/pcrj.2008.00060
- Shiffman, S., Brockwell, S. E., Pillitteri, J. L., & Gitchell, J. G. (2008). Individual differences in adoption of treatment for smoking cessation: Demographic and smoking history characteristics. *Drug and Alcohol Dependence*, 93, 121–131. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T63-4R34DYV-1&_user=2459663&_coverDate=01%2F11%2F2008&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_acct=C000057389&_version=1&_urlVersion=0&_userid=2459663&md5=f2898b66ac27941eee17e846dd9cd212&searchtype=a doi:10.1016/j.drugalcdep.2007.09.005
- Simmons, V. N., Litvin, E. B., Patel, R. D., Jacobsen, P. B., McCaffrey, J. C., Bepler, G., . . . Brandon, T. H. (2009). Patient–provider communication and perspectives on smoking cessation and relapse in the oncology setting. *Patient Education and Counseling* 77, 398–403. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2787754/pdf/nihms148325.pdf> doi:10.1016/j.pec.2009.09.024.
- Sims, T. H., & Abuse, T. C. o. S. (2009). Technical Report—Tobacco as a Substance of Abuse. *Pediatrics*, 124 (5), 1045-1053. Retrieved from <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;124/5/e1045.pdf> doi:10.1542/peds.2009-2121
- Sloboda, Z., Stephens, R. C., Stephens, P. C., Grey, S. F., Brent Teasdale, Hawthorne, R. D., . . . Marquette, J. F. (2009). The Adolescent Substance Abuse Prevention Study: A randomized field trial of a universal substance abuse prevention program *Drug Alcohol Dependence*, 102, 1-10.
- Sloboda, Z., Stephens, R. C., Stephens, P. C., Grey, S. F., Teasdale, B., Hawthorne, R. D., . . . Marquette, J. F. (2009). The Adolescent Substance Abuse Prevention Study: A randomized field trial of a universal substance abuse prevention program. *Drug and Alcohol Dependence*, 102 1–10. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MImg&_imagekey=B6T63-4VY6FRY-1-4&_cdi=5019&_user=2459663&_pii=S0376871609000556&_origin=search&_coverDate=06%2F01%2F2009&_sk=998979998&view=c&wchp=dGLbVzW-zSkWA&md5=6dcd16c680bcc9280487aabb88b8bcc4&ie=/sdarticle.pdf doi:10.1016/j.drugalcdep.2009.01.015
- Sohn, M., Stotts, N. A., Benowitz, N., Christopherson, D., Kim, K. S., Jang, Y. S., . . . Froelicher, E. S. (2007). Beliefs about health, smoking, and futuresmoking cessation among South Korean men hospitalized for cardiovascular disease. *HEART & LUNG VOL. 36, N.5*, 339 - 347. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MImg&_imagekey=B6WG7-4PM2D7W-B-1&_cdi=6815&_user=2459663&_pii=S0147956307000039&_origin=search&_coverDate=10%2F31%2F2007&_sk=999639994&view=c&wchp=dGLzVtb-zSkWA&md5=74deff5c38c9111230c95f23c4aee88d&ie=/sdarticle.pdf doi:10.1016/j.hrtlng.2006.11.001
- Stephens, P. C., Slobod, Z., Stephens, R. C., Teasdale, B., Grey, S. F., Hawthorne, R. D., & Williams, J. (2009). Universal school-based substance abuse prevention programs: Modeling targeted mediators and outcomes for adolescent cigarette,

- alcohol and marijuana use. *Drug and Alcohol Dependence*, 102, 19-29. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIImg&_imagekey=B6T63-4W1SGG4-1-B&_cdi=5019&_user=2459663&_pii=S0376871609000568&_origin=search&_coverDate=06%2F01%2F2009&_sk=998979998&view=c&wchp=dGLzVtz-zSkzV&md5=30f1fb089fcca395e75c56fde6da69c7&ie=/sdarticle.pdf
doi:10.1016/j.drugalcdep.2008.12.016
- Stephens, P. C., Sloboda, Z., Stephens, R. C., Teasdale, B., Grey, S. F., Hawthorne, R. D., & Williams, J. (2009). Universal school-based substance abuse prevention programs: Modeling targeted mediators and outcomes for adolescent cigarette, alcohol and marijuana use. *Drug and Alcohol Dependence* 102 19–29.
- Suwazono, Y., Dochi, M., Oishi, M., Tanaka, K., Morimoto, H., & Sakata, K. (2010). Longitudinal Effect of Smoking Cessation on Physical and Laboratory Findings *American Journal of Preventive Medicine* (Vol. 38(2), pp. 192–200).
- Swan, G. E., McClure, J. B., Jack, L. M., Zbikowski, S. M., Javitz, H. S., Catz, S. L., . . . McAfee, T. A. (2010). Behavioral Counseling and Varenicline Treatment for Smoking Cessation *American Journal of Preventive Medicine* (Vol. 38(5), pp. 482–490).
- Tap, P., Costa, E. S., & Alves, M. N. (Producer). (2005, 03/02/2009). Escala Toulosiana de Coping (ETC): Estudo de adaptação à População Portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*. Retrieved from <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/362/36260103.pdf>
- Trigo, M. (2005). O que provoca realmente a mudança nos fumadores? Algumas Reflexões. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 2, 176. Retrieved from <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20070528150603448772.pdf>
- Trigo, M. (2006). Terapia para a prevenção da recaída na dependência de substâncias: os modelos de Alan Marlatt e de Terence Gorski. Aplicações à nicotina-dependência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 299-328. Retrieved from <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20070529112011546969.pdf>
- Trinidad, D. R., Unger, J. B., Chou, C.-P., & Johnson, C. A. (2004). The protective association of emotional intelligence with psychosocial smoking risk factors for adolescents. *Personality and Individual Differences* 36 945–954. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIImg&_imagekey=B6V9F-48S4JC0-2-1&_cdi=5897&_user=2459663&_pii=S0191886903001636&_origin=search&_coverDate=03%2F31%2F2004&_sk=999639995&view=c&wchp=dGLbVtz-zSkWA&md5=646f59bf06747cf551044dc166112180&ie=/sdarticle.pdf
doi:10.1016/S0191-8869(03)00163-6
- Tsai, S.-T., Cho, H.-J., Cheng, H.-S., Kim, C.-H., Hsueh, K.-C., Jr., C. B. B., & Williams, K. E. (2007). A Randomized, Placebo-Controlled Trial of Varenicline, a Selective $\alpha 4\beta 2$ Nicotinic Acetylcholine Receptor Partial Agonist, as a New Therapy for Smoking Cessation in Asian Smokers. *Clinical Therapeutics*, 29, n° 6, 1027-1039. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIImg&_imagekey=B6VRS-4PCHPMR-4-1&_cdi=6242&_user=2459663&_pii=S0149291807001701&_origin=search&_coverDate=06%2F30%2F2007&_sk=999709993&view=c&wchp=dGLzVlz-zSkWA&md5=14da21e0401d63445449e37c6dfe2bed&ie=/sdarticle.pdf
doi:10.1016/j.clinthera.2007.06.011

- Ursprung, W. W. S. A., & DiFranza, J. R. (2010). The loss of autonomy over smoking in relation to lifetime cigarette consumption. *Addictive Behaviors* 35, 14–18. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIImg&_imagekey=B6VC9-4WYSK11-1-3&_cdi=5949&_user=2459663&_pii=S0306460309002020&_origin=search&_coverDate=01%2F31%2F2010&_sk=999649998&view=c&wchp=dGLbVlz-zSkzV&md5=3714e897d6f40ecdb5e80fbae5875d14&ie=/sdarticle.pdf doi:10.1016/j.addbeh.2009.08.001
- USDHHS. (2004). The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General C. Atlanta GA: USDHHS, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health (Ed.) Retrieved from http://www.thriveri.org/documents/4g_health_consequences_smoking.pdf
- Valdés-Salgado, R., Reynales-Shiguematsu, L. M., Lazcano-Ponce, E. C., & Hernández-Avila, M. (2009). Susceptibility to Smoking among Adolescents and Its Implications for Mexico's Tobacco Control Programs. Analysis of the Global Youth Tobacco Survey 2003-2004 and 2006-2007. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6, 1254-1267. Retrieved from <http://www.mdpi.com/about/openaccess/> doi:10.3390/ijerph6031254
- Valente, T. W., Hoffman, B. R., Ritt-Olson, A., Lichtman, K., Johnson, A., & (2003). Effects of a social-network method for group assignment strategies on peer-led tobacco prevention programs in schools. *American Journal of Public Health*, 93(11), 1837–1843.
- Valente, T. W., Hoffman, B. R., Ritt-Olson, A., Lichtman, K., & Johnson, C. A. (2003). Effects of a Social-Network Method for Group Assignment Strategies on Peer-Led Tobacco Prevention Programs in Schools. *American Journal of Public Health*, Vol 93, No. 11, 1837-1843. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448060/pdf/0931837.pdf>
- Vallone, D. M., Duke, J. C., Mowery, P. D., McCausland, K. L., Xiao, H., Costantino, J. C., . . . Allen, J. A. (2010). The Impact of EX® Results from a Pilot Smoking-Cessation Media Campaign. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(3S), S312–S318. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIImg&_imagekey=B6VHT-4YF6M65-6-1&_cdi=6075&_user=2459663&_pii=S0749379709008629&_origin=search&_coverDate=03%2F31%2F2010&_sk=999619996.8998&view=c&wchp=dGLbVIW-zSkzS&md5=9844fdea425f05e9cef601adb8d626f7&ie=/sdarticle.pdf doi:10.1016/j.amepre.2009.11.021
- Villanti, A. C., McKay, H. S., Abrams, D. B., Holtgrave, D. R., Bowie, J. V., & al., e. (2010). Smoking-Cessation Interventions for U.S. Young Adults: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine* 39(6), 564-574. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIImg&_imagekey=B6VHT-51G994R-H-5&_cdi=6075&_user=2459663&_pii=S0749379710004757&_origin=search&_coverDate=12%2F31%2F2010&_sk=999609993&view=c&wchp=dGLzVzz-zSkzWb&md5=165b5c6cd4f7b0e4aeb01d18f1123082&ie=/sdarticle.pdf doi:10.1016/j.amepre.2010.08.009

- Virdis, A., Giannarelli, C., Neves, M. F., Taddei, S., & Ghiadoni, L. (2010). Cigarette Smoking and Hypertension *Current Pharmaceutical Design* 16, pp.2518-2525. Retrieved from <http://www.benthamdirect.org/pages/content.php?CPD/2010/00000016/00000023/0003B.SGM>
- Vitória, P., Raposo, C., & Peixoto, F. (2001a). Querer é poder II – Programa de prevenção do tabagismo para o 3º Ciclo do Ensino Básico - Manual do professor *Conselho de Prevenção do Tabagismo* Retrieved from <http://docbweb.act.gov.pt/Docbwebb/multimedia/associa/pdf/6177-m-b.pdf>
- Vitória, P., Raposo, C., & Peixoto, F. (2007a). Querer é poder I – Programa de prevenção do tabagismo para o 3º Ciclo do Ensino Básico - Manual do professor Vol. 2ª edição. *Conselho de Prevenção do Tabagismo* Retrieved from <http://docbweb.act.gov.pt/Docbwebb/multimedia/associa/pdf/6177-m-a.pdf>
- Vitória, P., Raposo, C., & Peixoto, F. (Eds.). (2001b). *Querer é poder II – Programa de prevenção do tabagismo para o 3º Ciclo do Ensino Básico - Manual do professor*.
- Vitória, P., Raposo, C., & Peixoto, F. (Eds.). (2007b). *Querer é poder I – Programa de prevenção do tabagismo para o 3º Ciclo do Ensino Básico - Manual do professor* (2ª edição ed.).
- Weinberger, A. H., Krishnan-Sarina, S., Mazureb, C. M., & McKee, S. A. (2008). Relationship of perceived risks of smoking cessation to symptoms of withdrawal, craving, and depression during short-term smoking abstinence. *Addictive Behaviors* 33 960–963. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2442160/pdf/nihms52320.pdf> doi:10.1016/j.addbeh.2008.02.013
- White, M., Peters, E., & Toll, B. (2010). Effect of binge eating on treatment outcomes for smoking cessation. *Nicotine & Tobacco Research*, 12(11), 1172-1175. Retrieved from <http://ntr.oxfordjournals.org/content/12/11/1172.abstract> doi:10.1093/ntr/ntq163
- WHO. (2002). The World Health Report 2002 - Reducing risks, promotion healthy life. Retrieved from http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf
- WHO. (2003). Tools for advancing tobacco control in the XXIst century: policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence: tools for public health. Retrieved from http://www.who.int/tobacco/resources/publications/en/intro_chapter3.pdf
- Wu, P., Wilson, K., Dimoulas, P., & Mills, E. (2006a). Effectiveness of smoking cessation therapies: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 6:300, 1-16 doi: 10.1186/1471-2458-6-300

ANEXOS

**ANEXO I - AUTORIZAÇÕES DAS INSTITUIÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DOS
ESTUDOS E PARA A UTILIZAÇÃO DE ESCALA**

Mado a d. 2008/07/03

Ex.mo Coordenador da Prevenção do Tabagismo da
Sub-Região de Saúde de Aveiro
Sr. Dr. José Manuel Lobo Bonifácio

Maria Manuela Henriques Pereira Ferreira, enfermeira do Centro de Saúde de Oliveira do Bairro, actualmente de licença sem vencimento, a exercer funções de professora adjunta na Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis, a frequentar o Doutoramento em Ciências da Saúde, na Universidade de Aveiro, vem por este meio solicitar Vossa Excelência o consentimento para a realização de dois estudos que compõem a Dissertação da Tese de Doutoramento.

A Tese de Doutoramento intitula-se “Prevenção Primária, Secundária e Terciária do Tabagismo: Um Caminho para a Excelência na Prestação de Cuidados de Saúde”. Basicamente o estudo a que se refere este documento diz respeito à prevenção secundária e terciária do tabagismo.

No que concerne à intervenção secundária, pretende-se neste estudo, avaliar a eficácia das consultas de desabitação tabágica e simultaneamente identificar factores que possam interferir no sucesso da desabitação tabágica em contexto de consulta de Desabitação Tabágica dos Centros de Saúde que compõem a Sub-Região de Saúde de Aveiro. Neste estudo de investigação será utilizada a metodologia quantitativa da investigação através da implementação de dois estudos: o estudo descritivo-correlacional retrospectivo e de coorte e o estudo descritivo-correlacional retrospectivo e de caso-controlo, que têm como objectivos específicos:

- Conhecer a relação entre a idade de iniciação tabágica e o sucesso na desabitação tabágica;
- Identificar a relação entre as habilitações literárias e o sucesso na desabitação tabágica;
- Identificar a relação entre a situação profissional e o sucesso na desabitação tabágica;
- Conhecer a relação entre o contexto de iniciação tabágica e o sucesso na desabitação tabágica;
- Analisar a relação entre o contexto do consumo habitual de tabaco antes de iniciar desabitação tabágica e o sucesso na desabitação tabágica;
- Compreender a relação entre o contexto do consumo habitual de tabaco antes de iniciar desabitação tabágica e o sucesso na desabitação tabágica;

- Conhecer a relação entre as expectativas relativamente à consulta de desabituação tabágica e o sucesso na desabituação tabágica;
- Analisar a relação entre suporte familiar e profissional e o sucesso na desabituação tabágica;
- Caracterizar a relação entre o grau de dependência tabágica e o sucesso na desabituação tabágica;
- Interpretar a relação entre o tipo de tratamento e o sucesso na desabituação tabágica;
- Identificar a relação entre o número total de consultas e o sucesso na desabituação tabágica;
- Avaliar a validade e fiabilidade dos instrumentos de colheita de dados a utilizar neste estudo.

Finalmente, no que se refere à intervenção terciária, pretende-se com o estudo, explorar os factores que intervêm na reabilitação e reintegração do indivíduo no meio em que vive e após estar sem fumar há pelo menos seis meses e ter frequentado as consultas de desabituação tabágica. Trata-se de um estudo qualitativo fenomenológico— transversal e tem como objectivos específicos:

- Analisar os factores promotores e facilitadores da desabituação tabágica;
- Analisar os factores promotores e facilitadores de recaída.

Com este estudo pretende-se ainda analisar os resultados de um esforço conjunto e concertado de todas as equipas multidisciplinares envolvidas na prevenção do tabagismo dos Centros de Saúde da Sub-região de Saúde de Aveiro.

Desta forma, vem-se por este meio solicitar o consentimento de Vossa Excelência para poder consultar os processos individuais das consultas de desabituação tabágica dos Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Aveiro, afim de colher dados (metodologia: pesquisa de arquivo) para a realização do estudo supra referido.

Sem outro assunto, grata pela atenção disponibilizada.

Pede deferimento,

Aveiro, 03, Julho de 2008


 Maria Manuela Henriques Pereira Ferreira

Exm.^a Senhora

Enf.^a M^a Helena Ferreira

029172 '08 12-31 16:50

Praça de São Pedro, n.º 36 -2º andar
3770-355 Palhaça

Sua referência

Data


Nossa referência
CD

Data

ASSUNTO: *Prevenção Primária, Secundária e Terciária do Tabagismo*

Serve o presente para informar V. Ex.^a, que o Conselho Directivo em reunião de 29 de Dezembro de 2008, relativamente ao assunto mencionado em epigrafe, proferiu deliberação de autorização de acordo com o parecer emitido pela Comissão de Avaliação dos estudos da ARSC.

O VOGAL DO CONSELHO DIRECTIVO



(Dr. Mário Rui Ferreira)

MRF/



Ex.ma Sr.ª Presidente do Conselho Executivo da
Escola Secundária Soares Basto

Maria Manuela Henriques Pereira Ferreira, professora adjunta da Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis, a frequentar o Doutoramento em Ciências da Saúde, na Universidade de Aveiro, vem por este meio solicitar Vossa Excelência o consentimento para a realização de um dos estudos que compõem a Dissertação da Tese de Doutoramento, com os estudantes do 7.º e 8.º Anos de Escolaridade.

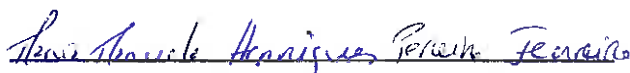
A Tese de Doutoramento intitula-se "Prevenção Primária, Secundária e Terciária do Tabagismo: Um Caminho para a Excelência na Prestação de Cuidados de Saúde". Basicamente este estudo consistirá num conjunto de sessões programadas e de ensinamentos em sala de aula, intituladas de "Par-a-Par com a Saúde" e "Par-a-Par Sem Consumos", onde a investigadora e alguns estudantes do ensino superior da Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis, abordarão a algumas turmas as seguintes temáticas: a escola; o futuro profissional, a percepção do estudante acerca de si próprio e dos outros, os comportamentos de risco e o tabagismo, com uma periodicidade semanal e uma duração prevista trimestral, com o objectivo de capacitar os estudantes do 7.º e 8.º Anos de Escolaridade de uma autoestima, autoimagem, auto controlo compatíveis com estilos de vida saudáveis de uma forma geral e isento de tabaco.


Desta forma, vem-se por este meio solicitar o consentimento de Vossa Excelência para a realização do estudo supra referido.

Sem outro assunto, grata pela atenção disponibilizada.


Pede deferimento,

Oliveira de Azeméis, 09 de Dezembro de 2008


Maria Manuela Henriques Pereira Ferreira

Autorizo a realização do
estudo na escola.
A Presidente do e. EXECUTIVO

108.01.2009

Ex.ma Sr.ª Presidente do Conselho Executivo da
Escola Secundária Ferreira de Castro

Autorizo
07.01.2009
A Pres-do C. Executivo


Maria Manuela Henriques Pereira Ferreira, professora adjunta da Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis, a frequentar o Doutoramento em Ciências da Saúde, na Universidade de Aveiro, vem por este meio solicitar Vossa Excelência o consentimento para a realização de um dos estudos que compõem a Dissertação da Tese de Doutoramento, com os estudantes do 7.º e 8.º Anos de Escolaridade.

A Tese de Doutoramento intitula-se "Prevenção Primária, Secundária e Terciária do Tabagismo: Um Caminho para a Excelência na Prestação de Cuidados de Saúde". Basicamente este estudo consistirá num conjunto de sessões programadas e de ensinios em sala de aula, intituladas de "Par-a-Par com a Saúde" e "Par-a-Par Sem Consumos", onde a investigadora e alguns estudantes do ensino superior da Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis, abordarão a algumas turmas as seguintes temáticas: a escola; o futuro profissional, a percepção do estudante acerca de si próprio e dos outros, os comportamentos de risco e o tabagismo, com uma periodicidade semanal e uma duração prevista trimestral, com o objectivo de capacitar os estudantes do 7.º e 8.º Anos de Escolaridade de uma autoestima, autoimagem, auto controlo compatíveis com estilos de vida saudáveis de uma forma geral e isento de tabaco.

Desta forma, vem-se por este meio solicitar o consentimento de Vossa Excelência para a realização do estudo supra referido.

Sem outro assunto, grata pela atenção disponibilizada.

Pede deferimento,

Oliveira de Azeméis, 09 de Dezembro de 2008


Maria Manuela Henriques Pereira Ferreira



Maria Manuela Ferreira <ferreiramanuela75@gmail.com>

Pedido de Autorização para a utilização da ESCALA TOULOUSIANA DE COPING (ETC): ESTUDO DE ADAPTAÇÃO À POPULAÇÃO PORTUGUESA

4 mensagens

Maria Manuela Ferreira <ferreiramanuela75@gmail.com>
Para: pierretap@aol.com

20 de Março de 2010 12:32

Ex.mo Sr. Professor Doutor Pierre Tap e colaboradores

Encontro-me em programa de estudos de Doutoramento em Ciências da Saúde na Universidade de Aveiro. Estou a realizar um estudo de investigação experimental sobre o efeito da Educação para a saúde em jovens do 7º ao 9º ano de escolaridade e gostava nesta fase (passado 1 ano da intervenção) de poder aplicar a Vossa ESCALA TOULOUSIANA DE COPING (ETC): ESTUDO DE ADAPTAÇÃO À POPULAÇÃO PORTUGUESA, assim gostaria de solicitar a autorização para a sua aplicação (Mês de Abril) no estudo de Intervenção Primária do Tabagismo.

Caso não tenha sido suficientemente explícita, agradecia contacto.

Muito obrigado, Cumprimentos,

--
Manuela Ferreira

AVISO

Esta mensagem e quaisquer anexos seus podem conter informação confidencial para uso exclusivo do destinatário. Cabe ao destinatário assegurar a verificação de vírus e outras medidas que assegurem que esta mensagem não afecta os seus sistemas. Se não for o destinatário, não deverá usar, distribuir ou copiar este e-mail, devendo proceder à sua eliminação e informar o emissor. É estritamente proibido o uso, a distribuição, a cópia ou qualquer forma de disseminação não autorizada deste e-mail e seus anexos. Obrigado.

DISCLAIMER

This e-mail and its attachments may contain confidential information for exclusive use of its recipient. It is your responsibility to carry out appropriate virus and other checks to ensure that this message and any attachments do not affect your systems / data. If you are not the intended recipient you must not use, distribute or reproduce this e-mail and you must notify the sender and delete the entire email. Any unauthorized use, dissemination, distribution or copying of this message and its attachments is strictly prohibited. Thank You.

pierretap@aol.com <pierretap@aol.com>
Para: ferreiramanuela75@gmail.com

21 de Março de 2010 08:29

Bonjour Emanuela,
C'est avec plaisir que je vous donne l'autorisation d'utiliser l'échelle toulousaine de coping version portugaise. Je vous signale que vous pouvez trouver des documents et powerpoints (en français, en anglais ou en portugais) dans mon site officiel (www.pierretap.com) : voir dans bibliographie : coping. Vous trouverez également des documents dans mon site facebook. Je vous envoie ci-joint le document portugais de l'échelle

: cela vous évitera ainsi de devoir le reconstituer.
Bon travail, beijinhos, Pierre

-----E-mail d'origine-----

De : Maria Manuela Ferreira <ferreiramanuela75@gmail.com>

A : pierretap@aol.com

Envoyé le : Samedi, 20 Mars 2010 13:32

Sujet : Pedido de Autorização para a utilização da ESCALA TOULOUSIANA DE COPING (ETC): ESTUDO DE ADAPTAÇÃO À POPULAÇÃO PORTUGUESA

[Citação ocultada]



Escala de Coping (Toulouse) en pt.doc

100K

Maria Manuela Ferreira <ferreiramanuela75@gmail.com>

21 de Março de 2010 16:30

Para: pierretap@aol.com

Cher Professeur Pierre

Je remercie la brièveté de la réponse, et l'autorisation pour l'utilisation l'échelle toulousaine de coping version portugaise.

Merci beaucoup,

Yours sincerely,

Manuela Ferreira

No dia 21 de Março de 2010 08:29, <pierretap@aol.com> escreveu:

[Citação ocultada]

[Citação ocultada]

Maria Manuela Ferreira <ferreiramanuela75@gmail.com>

20 de Fevereiro de 2011 09:38

Para: Victor Manuel Ferreira <ferreira.manuel.vitor@gmail.com>

----- Mensagem encaminhada -----

De: Maria Manuela Ferreira <ferreiramanuela75@gmail.com>

Data: 21 de Março de 2010 16:30

Assunto: Re: Re : Pedido de Autorização para a utilização da ESCALA TOULOUSIANA DE COPING (ETC): ESTUDO DE ADAPTAÇÃO À POPULAÇÃO PORTUGUESA

Para: pierretap@aol.com

[Citação ocultada]

[Citação ocultada]

**ANEXO II – INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS PARA O ESTUDO
“EFEITOS DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO “*PAR-A-PAR-SEM TABACO*”**

**CONVITE À PARTICIPAÇÃO NUM ESTUDO SOBRE OS EFEITOS DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO
“PAR- A-PAR COM A SAÚDE” E “PAR-A-PAR SEM CONSUMOS”**

No âmbito do Doutoramento em Ciências da Saúde, pela Universidade de Aveiro, estamos a realizar um estudo de investigação sobre os efeitos de programas de intervenção “Par-a-Par com a Saúde” e “Par-a-Par sem Consumos”, com o objectivo de compreender o impacto destes programas na percepção e significação dos adolescentes.

Para este estudo pedíamos desde já a tua colaboração durante alguns minutos para responderes a um questionário que é constituído por cinco grupos. O primeiro refere-se a dados pessoais e de consumo de tabaco, o segundo refere-se à percepção que tens da escola e do teu futuro profissional, o terceiro refere-se à percepção que tens de ti próprio e dos outros, o quarto refere-se à percepção de comportamentos de risco e finalmente, o quinto grupo refere-se à percepção que tens do tabaco.

Numa segunda fase, gostaríamos de voltar a contar com a tua colaboração, no preenchimento doutro questionário.

Gostaríamos de deixar claro que a participação neste estudo é voluntária. Asseguramos que todas as informações prestadas são sigilosas e serão utilizadas somente para este estudo. A divulgação dos resultados do estudo será anónima e feita em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas. Se tiveres alguma pergunta a fazer antes de decidir, podes fazê-la.

QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO E SIGNIFICAÇÃO

I – DADOS PESSOAIS E RELACIONADOS COM O TABACO

1- Idade ____ (anos completos)

Ano/Turma: _____

2- Sexo: ☐ Feminino;
☐ Masculino

Data: ____/____/____

3- Já experimentaste o cigarro? ☐ Não
☐ Sim

3.1- Se sim, Que idade tinhas quando experimentaste o teu primeiro cigarro? ____ (anos completos)

4- Fumas? ☐ Não
☐ Sim

4.1- Se sim, quantos cigarros/dia? _____

5 – Os teus pais fumam? ☐ Não
☐ Sim

5.1- Se sim, Quem? ☐ Pai
☐ Mãe

6 – Quantos elementos tem o teu grupo de “grandes amigos”? _____

6.1- Do teu grupo de “grandes amigos” quantos fumam? _____

7- Quando fores adulto, achas que vais ser fumador?

II - A ESCOLA E O FUTURO PROFISSIONAL

Assinala com um **X** o quadrado que está mais de acordo com a tua opinião.

1- A Escola é importante...

| | Discordo totalmente | Discordo | Nem discordo e nem concordo | Concordo | Concordo totalmente |
|-------------------------------------------------|---------------------|----------|-----------------------------|----------|---------------------|
| Para no futuro ser mais fácil arranjar emprego | | | | | |
| Para no futuro ter sucesso a nível profissional | | | | | |
| Para no futuro ter sucesso a nível pessoal | | | | | |
| Para saber mais e ter mais conhecimentos | | | | | |
| Para aprender apenas o que gosto | | | | | |
| Para fazer amigos | | | | | |
| Para nada | | | | | |

2- Como imaginas o teu futuro daqui a 10 anos, a nível pessoal e profissional?

Pessoal:

Profissional:

3- Quando fores adulto qual a profissão que gostavas de ter?

III - A TUA RELAÇÃO CONTIGO E COM OS OUTROS

Assinala com um **X** o quadrado que está mais de acordo com a tua opinião.

1- Como é que tu te vês...

| | Nunca | Raramente | Às vezes | Quase sempre | Sempre |
|-------------|-------|-----------|----------|--------------|--------|
| Alegre | | | | | |
| Bonito | | | | | |
| Calmo | | | | | |
| Antipático | | | | | |
| Inteligente | | | | | |
| Responsável | | | | | |
| Desconfiado | | | | | |
| Feliz | | | | | |

2- Como vai a tua auto-estima e a relação com os outros...

| | Nunca | Raramente | Às vezes | Quase sempre | Sempre |
|-----------------------------------------------------------------|-------|-----------|----------|--------------|--------|
| Quando olho para os outros, queria ser diferente do que sou | | | | | |
| Tenho dificuldade em relacionar-me com os outros | | | | | |
| Não gosto nada de mim | | | | | |
| Estou habituado a tomar decisões | | | | | |
| Não sou muito paciente com os meus familiares | | | | | |
| Para mim é particularmente difícil mudar de escola ou de amigos | | | | | |
| Sou muito conhecido na minha escola | | | | | |
| Preocupa-me que a minha família espere demasiado de mim | | | | | |
| Não é fácil ter relações de amizade | | | | | |
| Tenho vontade de fugir de casa | | | | | |
| Estou farto de estudar e da escola | | | | | |
| A minha família compreende-me | | | | | |
| Quando começo a fazer uma coisa acabo sempre por desistir | | | | | |
| Passo pelas situações sem me preocupar muito com elas | | | | | |
| Cedo com facilidade perante os outros | | | | | |
| As pessoas não têm confiança em mim | | | | | |

3- Quando pensas que pode vir a surgir um conflito entre ti e um amigo...

| | Nunca | Raramente | Às vezes | Quase sempre | Sempre |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------|----------|--------------|--------|
| Habitualmente estás de acordo com ele | | | | | |
| Apesar de discordares, preferes não dizer o que pensas para evitar o conflito | | | | | |
| Dizes o que pensas, sem levar em consideração o teu amigo, apesar de isso poder levar a um conflito | | | | | |
| Explicas a tua opinião de uma forma que não provoque conflito | | | | | |

4- Quando precisas de ajuda sabes que podes contar com...

| | Nunca | Raramente | Às vezes | Quase sempre | Sempre |
|--------------------------|-------|-----------|----------|--------------|--------|
| Os teus pais | | | | | |
| Os teus irmãos | | | | | |
| Os teus professores | | | | | |
| O teu director de turma | | | | | |
| Os teus colegas e amigos | | | | | |

IV- COMPORTAMENTOS DE RISCO

Assinala com um **X** o quadrado que está mais de acordo com a tua opinião.

1- Na tua opinião constitui alto risco...

| | Discordo totalmente | Discordo | Nem discordo e nem concordo | Concordo | Concordo totalmente |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------|-----------------------------|----------|---------------------|
| Fazer qualquer coisa só para que os outros nos admirem | | | | | |
| Consumir regularmente bebidas alcoólicas | | | | | |
| Ter relações sexuais com preservativo | | | | | |
| Apanhar uma bebedeira com um grupo de amigos | | | | | |
| Ser deixado pelo(a) namorado(a) | | | | | |
| Sair à noite de casa sem autorização dos pais | | | | | |
| Aceitar um cigarro | | | | | |
| Não saber defender-se de situações violentas | | | | | |
| Aceitar uma bebida alcoólica | | | | | |
| Não conseguir pensar por si próprio e assumir as suas próprias opiniões | | | | | |
| Consumir regularmente cigarros | | | | | |
| Não se responsabilizar pela sua própria saúde | | | | | |

2- Se, numa festa, alguém te oferecer drogas, qual será a tua atitude...

| | Discordo totalmente | Discordo | Nem discordo e nem concordo | Concordo | Concordo totalmente |
|----------------------------------------|---------------------|----------|-----------------------------|----------|---------------------|
| Dizes que não queres | | | | | |
| Inventas uma desculpa para não aceitar | | | | | |
| Aceitas só para experimentar | | | | | |
| Aceitas para consumir | | | | | |

V - EU E O TABACO...

Assinala com um **X** o quadrado que está mais de acordo com a tua opinião.

1- Na tua opinião os jovens fumam ...

| | Discordo totalmente | Discordo | Nem discordo e nem concordo | Concordo | Concordo totalmente |
|------------------------------------------|---------------------|----------|-----------------------------|----------|---------------------|
| Por questões pessoais | | | | | |
| Porque os pais também fumam | | | | | |
| Porque os irmãos e amigos fumam | | | | | |
| Para mostrarem que já são adultos | | | | | |
| Porque desejam comportar-se como adultos | | | | | |
| Por curiosidade | | | | | |
| Por prazer | | | | | |
| Para emagrecer | | | | | |
| Para esquecer os problemas | | | | | |
| Para resolver os problemas | | | | | |
| Para se acalmarem | | | | | |
| Para se sentirem descontraídos | | | | | |
| Para terem mais coragem | | | | | |
| Para chamar a atenção | | | | | |
| Para fazer novas amizades | | | | | |
| Para ficarem mais simpáticos | | | | | |
| Para ficarem mais atraentes | | | | | |
| Para estarem na moda | | | | | |
| Para experimentarem o sabor do tabaco | | | | | |
| Porque gostam do sabor do tabaco | | | | | |
| Porque o tabagismo não é uma doença | | | | | |
| Para frequentarem o grupo de amigos | | | | | |
| Para ter sucesso na escola | | | | | |
| Para ter sucesso no futuro profissional | | | | | |
| Porque é fácil comprar cigarros | | | | | |
| Porque os cigarros não são caros | | | | | |
| Porque dá uma imagem positiva | | | | | |

2 – Na tua opinião, uma pessoa que fume há algum tempo e quer deixar de fumar...

| | Discordo totalmente | Discordo | Nem discordo e nem concordo | Concordo | Concordo totalmente |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------|-----------------------------|----------|---------------------|
| Consegue deixar de fumar facilmente | | | | | |
| Consegue deixar de fumar quando quiser | | | | | |
| Não consegue mais deixar de fumar | | | | | |
| Necessita de ajuda dos médicos e enfermeiros | | | | | |
| Necessita de tomar alguns medicamentos | | | | | |
| Necessita de ajuda dos amigos | | | | | |
| Necessita de ajuda da família | | | | | |
| Consegue deixar de fumar mas depois de algum tempo volta a fumar outra vez | | | | | |

3 - Na tua opinião porque é que não se deve fumar?

Obrigado pela tua participação neste estudo de investigação

**CONVITE À PARTICIPAÇÃO NUM ESTUDO SOBRE OS EFEITOS DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO
“PAR- A-PAR COM A SAÚDE”**

No âmbito do Doutoramento em Ciências da Saúde, pela Universidade de Aveiro, estamos a realizar um estudo de investigação sobre os efeitos de programas de intervenção “Par-a-Par com a Saúde, com o objectivo de compreender o impacto destes programas na percepção e significação dos adolescentes.

Para este estudo pedíamos desde já a tua colaboração durante alguns minutos para responderes a um questionário que é constituído por quatro grupos. O primeiro refere-se a dados pessoais e de consumo de tabaco, o segundo, à percepção do risco, o terceiro à percepção que tens das pessoas que fumam e o quarto grupo, refere-se à tua percepção sobre o tabaco.

Gostaríamos de deixar claro que a participação neste estudo é voluntária. Asseguramos que todas as informações prestadas são sigilosas e serão utilizadas somente para este estudo. A divulgação dos resultados do estudo será anónima e feita em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas. Se tiveres alguma pergunta a fazer antes de decidir, podes fazê-la.

QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO E SIGNIFICAÇÃO

I – DADOS PESSOAIS E RELACIONADOS COM O TABACO

1- Idade ____ (anos completos)

Ano/Turma: _____

2- Sexo: ☐ Feminino;

Data: ____/____/____

☐ Masculino

3- Já experimentaste o cigarro? ☐ Não

☐ Sim

3.1- Se sim, Que idade tinhas quando experimentaste o teu primeiro cigarro? ____ (anos completos)

4- Fumas? ☐ Não

☐ Sim

4.1- Se sim, quantos cigarros/dia? _____

5 – Os teus pais fumam? ☐ Não

☐ Sim

5.1- Se sim, Quem? ☐ Pai

☐ Mãe

6 – Quantos elementos tem o teu grupo de “grandes amigos”? _____

6.1- Do teu grupo de “grandes amigos” quantos fumam? _____

7- Quando fores adulto, achas que vais ser fumador?

Assinala com um **X** o quadrado que está mais de acordo com a tua opinião.

II- COMPORTAMENTOS DE RISCO

Escala de Avaliação do Risco em Adolescentes

| 1 - Na tua opinião constitui alto risco... | Discordo totalmente 1 | Discordo 2 | Nem discordo e nem concordo 3 | Concordo 4 | Concordo totalmente 5 |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------|----------------------------------|---------------|--------------------------|
| 1. Fazer qualquer coisa só para que os outros nos admirem | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Consumir regularmente bebidas alcoólicas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Apanhar uma bebedeira com um grupo de amigos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Ser deixado pelo(a) namorado(a) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Sair à noite de casa sem autorização dos pais | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Aceitar um cigarro | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Não saber defender-se de situações violentas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Aceitar uma bebida alcoólica | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Não conseguir pensar por si próprio e assumir as suas próprias opiniões | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Consumir regularmente cigarros | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Não se responsabilizar pela sua própria saúde | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

III - OS OUTROS E O TABACO...

Escala de Motivação do Fumador

| 1- Na tua opinião os OUTROS fumam ... | Discordo totalmente 1 | Discordo 2 | Nem discordo e nem concordo 3 | Concordo 4 | Concordo totalmente 5 |
|----------------------------------------------|--------------------------|---------------|----------------------------------|---------------|--------------------------|
| 1. Por questões pessoais | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Porque os pais também fumam | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Porque os irmãos e amigos fumam | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Para mostrarem que já são adultos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Porque desejam comportar-se como adultos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Por curiosidade | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Por prazer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Para esquecer os problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Para resolver os problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Para se acalmarem | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Para se sentirem descontraídos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Para terem mais coragem | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Para chamar a atenção | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Para ficarem mais simpáticos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Para ficarem mais atraentes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Para estarem na moda | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Para experimentarem o sabor do tabaco | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Porque gostam do sabor do tabaco | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Para frequentarem o grupo de amigos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Para ter sucesso na escola | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Para ter sucesso no futuro profissional | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Porque é fácil comprar cigarros | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Porque os cigarros não são caros | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Porque dá uma imagem positiva | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

IV – EU E O TABACO...

Escala de Percepção do Tabaco

1 - Na TUA opinião o tabaco ...

| | Discordo totalmente 1 | Discordo 2 | Nem discordo e nem concordo 3 | Concordo 4 | Concordo totalmente 5 |
|--------------------------------------------------|-----------------------------|---------------|-------------------------------------------|---------------|-----------------------------|
| 1. Ajuda a resolver questões pessoais | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Simboliza fraqueza | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Simboliza felicidade | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. É sinal de adulez | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Ajuda a resolver os problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Desperta curiosidade | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Dá prazer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Ajuda a emagrecer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Ajuda a esquecer os problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Dá mau aspecto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Dá juventude | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Acalma | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Descontra | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Ajuda a ter mais coragem | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Dá um aspecto saudável | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Ajuda a fazer novas amizades | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Torna as pessoas mais simpáticas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Ajuda a ficar mais atraente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Está na moda | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Ajuda as pessoas a arranjam emprego | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Ajuda as pessoas a ter sucesso com os amigos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. É uma doença | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Ajuda a frequentar o grupo de amigos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Dá mau cheiro | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Ajuda a ter sucesso na escola | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Ajuda a arranjar namorado(a) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. É fácil de comprar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. É caro | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Dá uma imagem positiva | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. É sinal de riqueza | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. É sinal de inteligência | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Ajuda a ter sucesso no trabalho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Só traz problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Constitui um alto risco | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Obrigado pela tua participação neste estudo de investigação

E.T.C.
INSTRUÇÕES

Sempre que enfrentas uma situação difícil, provavelmente reages de forma variável.

Escolhe uma situação difícil que estejas a viver actualmente (ou que vivestes no passado), que te diga respeito e que seja (ou tenha sido) angustiante ou *stressante*. Descreve-nos a forma como reages habitualmente a essa situação.

Encontrarás 5 números que indicam em que medida utilizas a afirmação proposta: de 1 (nunca) a 5 (muito frequentemente). Na primeira linha escreve a situação difícil que escolheste. Em seguida, marca com uma cruz (x) o número que melhor corresponde à reacção que costumás ter face a essa situação.

Tenta responder a todas as frases (afirmações), tendo em conta que não há respostas certas ou erradas.

Situação difícil escolhida: _____

Face a esta situação reajo da seguinte forma:

| Afirmações | Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | Muito Freq. 5 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------|----------|----------|-------------------------|
| 1. Enfrento a situação. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Peço conselhos a profissionais (professores, médicos, psicólogos,...). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Procuo sentir-me melhor comendo algo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Tento não pensar no problema. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Peço a Deus para me ajudar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Evito encontrar-me com pessoas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Aceito o problema se ele for inevitável. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Tento não entrar em pânico. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Mudo a minha forma de viver. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Faço um plano de acção e tento aplicá-lo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. É-me difícil utilizar palavras para descrever o que experimento face a uma situação difícil. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Não penso nos problemas quando eles se colocam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Recuso-me a admitir o problema. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Sinto agressividade face a outrem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Faço qualquer coisa mais agradável. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Analiso a situação para melhor a compreender. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos, o que sinto. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Ataco o problema de frente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Discuto o problema com os meus pais. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Esqueço os meus problemas tomando medicamentos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Afirmações | Nunca 1 | 2 | 3 | 4 | Muito Freq. 5 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------|---|---|---|------------------|
| 22. Procuro actividades colectivas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Refugio-me no imaginário ou no sonho. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Procuro encontrar uma filosofia de vida para fazer face à situação. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Acontece-me não fazer o que tinha decidido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Aprendo a viver com o problema. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Controlo as minhas emoções. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Mudo o meu comportamento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Sei o que tenho que fazer e redobro os meus esforços para o alcançar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Resisto ao desejo de agir, até que a situação mo permita. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Reajo como se o problema não existisse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Sinto-me culpado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Vou ao cinema ou vejo televisão para pensar menos nisso. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Penso nas experiências susceptíveis de me ajudarem a fazer face à situação. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Procuro a ajuda dos meus amigos para acalmar a minha ansiedade. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. Vou directamente ao problema. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. Pergunto a pessoas que tiveram uma situação similar, que tipo de resposta deram. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. Tomo drogas ou fumo para acalmar a minha angústia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40. Ajudo os outros como gostaria de ser ajudado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41. Procuro a todo o custo pensar noutra coisa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42. Brinco com a situação sobre a qual me encontro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43. Afasto-me dos outros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 44. Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45. Guardo para mim mesmo os meus sentimentos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 46. Modifico as minhas acções em função do problema. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 47. Defino objectivos a alcançar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 48. As minhas emoções desaparecem tão rapidamente como aparecem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 49. Evito agir rapidamente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 50. Digo a mim próprio que este problema não tem importância. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 51. Sinto-me invadido(a) pelas minhas emoções. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 52. Centro-me noutras actividades para me distrair. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 53. Reflecto nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 54. Procuro a simpatia e o encorajamento dos outros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ANEXO III – QUESTIONÁRIO SOBRE HÁBITOS TABÁGICOS DO ESTUDO
“EFICÁCIA DAS CONSULTAS DE CESSAÇÃO TABÁGICA”



CENTRO DE SAÚDE DE OLIVEIRA DO BAIRRO

FICHA PILOTO

PROCESSO N:º -----

Nº Utente -----

NOME-----

MORADA -----

TELEFONE -----

LOCAL DE CONTACTO -----

PROFISSÃO -----

CENTRO DE SAÚDE -----

MÉDICO DE FAMÍLIA -----

LOCAL DE TRABALHO -----

TELEFONE -----



PLANO DE ACÇÃO -----

TERAPEUTICA -----



CENTRO DE SAÚDE DE OLIVEIRA DO BAIRRO

QUESTIONÁRIO SOBRE OS HÁBITOS TABÁGICOS

Data -----/-----/-----

Proc.º -----

Nome -----

Data de Nascimento ____/____/____ Idade _____ Estado Civil _____

Habilitações _____ Profissão _____ Naturalidade _____

Residência _____

Telefone: _____

.....

1 - Idade em que começou a fumar? _____

2 - Qual o motivo porque o fez? _____

3 - Em que local e com quem? _____

4 - Qual a sensação que experimentou? _____

5 - Quantos cigarros fuma actualmente por dia? _____

6 - Em que horas do dia fuma mais? _____

7 - Qual o local onde fuma mais? _____

8 - Em que situações sente mais necessidade de fumar? _____

9 - A necessidade de fumar esteve ligada a algum problema íntimo? _____

10 - Fuma por prazer? Hábito? Necessidade? Ou outros motivos? _____

11 - Em quais destas situações fuma mais: Quando está nervoso? Triste? Preocupado?

Descontraído? Sozinho? Por ver os outros fumar? Ou por outras razões? _____

- 12 - Foi alguma vez proibido de fumar? _____
Se sim, por quem? _____
- 13 - Os seus pais fumam ou já fumaram? _____
- 14 - Como reage quando quer fumar e não pode? _____
- 15 - Considera-se capaz de deixar de fumar? _____
Se não, porque razão? _____
- 16 - Conseguiria reduzir o n.º de cigarros? _____
Se sim, para quantos? _____
- 17 - Que dificuldades pensa vir a ter quando deixar radicalmente de fumar? _____
- 18 - Já fez alguma tentativa para deixar de fumar? _____
Se sim, qual a estratégia que utilizou e quanto tempo esteve sem fumar? _____
- 19 - O seu médico de família alguma vez o aconselhou a deixar de fumar? _____
Consultou-o já para esse fim? _____ Se não, porque razão? _____
- 20 - Quais os malefícios do Tabaco que conhece? _____
- 21 - Qual o que o preocupa mais? _____
- 22 - Preocupa-se com o incómodo e malefício causado às pessoas não fumadoras que estão junto de si quando fuma? _____
- 23 - Que benefícios/vantagens espera obter quando deixar completamente de fumar? _____
- 24 - Como teve conhecimento da nossa Consulta? _____
- 25 - Que tipo de dificuldades para deixar de fumar, o levaram a pedir a nossa ajuda? _____
- 26 - Que espera obter da nossa acção? _____



CENTRO DE SAÚDE DE OLIVEIRA DO BAIRRO

27 - Acha que o seu ambiente familiar contribuirá para o ajudar a deixar de fumar? _____

Existem nele outros fumadores? _____

28 - A nível profissional poderá contar também com alguma ajuda? _____

29 - Trabalham consigo colegas fumadores? _____

30 - Que aspectos internos ou externos a si acha que o têm dificultado a deixar de fumar? _____

